

AUS DER STAATLICHEN HEBAMMENSCHULE
ENTBINDUNGSANSTALT UND FRAUENKLINIK BAMBERG
DIREKTOR: OBERMEDIZINALRAT
PROF. DR. MED. WERNER LÜTTGE
GLEICHZEITIG INTRAUTERINGRAVIDITÄT UND
EXTRAUTERINGRAVIDITÄT

Zwei neue Fälle und eine Übersicht über
die Weltliteratur seit 1913

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Bayerischen Friedrich - Alexander - Universität
zu
Erlangen

vorgelegt von
GEORG RICHARD LEYRER
Bamberg

Erlangen 1959



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AUS DER STAATLICHEN HEBAMMENSCHULE
ENTBINDUNGSANSTALT UND FRAUENKLINIK BAMBERG
DIREKTOR: OBERMEDIZINALRAT
PROF. DR. MED. WERNER LÜTTGE
GLEICHZEITIG INTRAUTERINGRAVIDITÄT UND
EXTRAUTERINGRAVIDITÄT

Zwei neue Fälle und eine Übersicht über
die Weltliteratur seit 1913

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Bayerischen Friedrich-Alexander-Universität
zu
Erlangen

vorgelegt von
GEORG RICHARD LEYRER
Bamberg

Erlangen 1959

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen
Fakultät der Universität Erlangen



Dekan:	Prof. Dr. F. Heim
Referent:	Prof. Dr. W. Lüttge
Correferent:	Prof. Dr. R. Dyroff

Tag der mündlichen Prüfung: 22. Dezember 1959

Aus der Staatlichen Hebammenschule Entbindungs-
anstalt und Frauenklinik Bamberg

Direktor: Obermedizinalrat Prof. Dr. med W. Lüttge

Gleichzeitige Intrauterin- und Extrauterin-
gravidität

Zwei neue Fälle und eine Übersicht über die Welt-
literatur seit 1913

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung

Begriffsbestimmung

I. A. Ätiologie

a) Mehrlingsschwangerschaft

b) Überwanderung

c) Superimpragnation

Äußere

Superfecundation

Innere

Superfederation

B. Diagnose

C. Therapie

II. Kasuistik

A. a) eigene

b) der Literatur

B. Synoptische Tabelle

III. Ergebnisse der Kasuistik

A. Häufigkeit, Vorkommen, Alter, Sitz, Dauer

Sterblichkeit

mütterliche

kindliche

B. Ätiologie

C. Diagnose

D. Therapie

IV. A. Zusammenfassung

B. Literaturverzeichnis

Einleitung.

Während eine Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter beim Tiere zu den allergrößten Seltenheiten gehört und erst in neuerer Zeit beim Kaninchen, bei der Katze und bei der Kuh beschrieben wurde, ist beim Menschen eine ektopische Gravidität keineswegs ein sehr seltenes Ereignis. Ungeachtet der Vielfalt ihrer Entstehungsmöglichkeiten und ihrer Erscheinungsformen, stellt sie eine der gefährlichsten Launen der Natur in unserer Entwicklung dar.

Das Zusammentreffen einer Intra- und Extrauterin gravidität zur gleichen Zeit ist gemessen an der großen Zahl der alleinigen, einfachen ektopischen und der alleinigen normalen Schwangerschaften ein sehr zufälliges und auch seltenes Vorkommnis, trotz der inzwischen zahlreich veröffentlichten Einzelfälle der Weltliteratur.

In der vorliegenden Arbeit soll nun neben der Mitteilung von zwei neuen, bisher noch nicht veröffentlichten Fällen, die Ätiologie, Diagnose und Therapie sowie die Kasuistik der Literatur und die daraus gewonnenen Ergebnisse einer kritischen Betrachtung unterzogen werden.

Begriffsbestimmung.

„Im Gegensatz zur normalen, ortsgerechten, topischen, intrauterinen Schwangerschaft, wird jede Ansiedlung des befruchteten Eies außerhalb des natürlichen Fruchthalters als ortswidrige, ektopische, extrauterine Schwangerschaft bezeichnet. Dabei bleibt unberücksichtigt, wo die Eieinbettung stattfand, ob im Ovar, in der Tube mit ihren verschiedenen Abschnitten oder im Peritoneum.“ (n. Haselhorst).

Bestehen zur gleichen Zeit zwei lebende aktiv sich nebeneinander weiterentwickelnde Implantationen befruchteter Eier, wovon die eine topisch die andere ektopisch erfolgt ist, so spricht man – und nur dann sollte man es tun – von

gleichzeitiger intrauteriner und extrauteriner Schwangerschaft oder von isochroner Intrauterin gravidität und Extrauterin gravidität.

„Simultanschwangerschaft“, „Kombinierte Schwangerschaft“ sind nur einige der öfter benutzten Synonyma, die meist aus Fremdsprachen entlehnt, das gleiche bezeichnen sollen, aber nur die klare Formulierung trüben.

Streng abzutrennen sind davon die meist zu Unrecht unter der gleichen Bezeichnung in der Literatur veröffentlichten Fälle, in denen sich das zweite befruchtete Ei in einem Nebenhorn eines Uterus bicornis ansiedelt. Eine derartige Nidation ist nicht ektopisch, da trotz der vorhandenen Mißbildung beide Cornua uteri bedingt als „normale“, wenn auch das eine als nicht ausreichender, Fruchthalter für die Eieinbettung anzusprechen sind.

Völlig ungerechtfertigt, falsch und sachlich unrichtig ist es auch dann von gleichzeitiger Intra- und Extrauterin gravidität zu sprechen, wenn eine normale intrauterine Schwangerschaft eintritt, nachdem eine extrauterine abgestorben ist. Die neue Intrauterin gravidität durchläuft ihre physiologische Entwicklung, während die Reste der ektopischen Gravidität sich noch im Abdomen der Frau befinden und sich zurückbilden oder bereits eine Umwandlung zum „Lithokelyphos, Lithokelyphopädon oder Lithopädon“ (n. Küchenmeister) erfahren haben.

Parry (n. Acosta-Sison) unterschied bereits in seiner Arbeit über die Extrauterin gravidität 1876 diesen Typ als „compound pregnancy“ gegenüber der „combined pregnancy“, die unserer gleichzeitigen Intra- und Extrauterin gravidität entspricht. Seine Definition hat sich im Englischen Sprachraum fast ausschließlich durchgesetzt und wird, von einzelnen Ausnahmen abgesehen, von den allermeisten Autoren benutzt. Leider fehlt in der deutschen und romanischen Fachliteratur ein ebenso kurzer und allgemein anerkannter, einheitlicher Ausdruck. Ohne von irgend woher eine sprachliche Anleihe aufnehmen zu müssen, können wir für die deutschsprachige Literatur, die zwei möglichen Formen in deutschen Worten erklären:

1. Gleichzeitige

intrauterine **und** extrauterine Schwangerschaft

oder isochrone

Intra- **und** Extrauterin gravidität.

Eine lebende topische und eine lebende ektopische Gravidität entwickeln sich zur gleichen Zeit nebeneinander.

2. Gleichzeitige

intrauterine **neben** extrauteriner Schwangerschaft
oder isochrone

Intrauterin gravidität **neben** Extrauterin gravidität.

Eine lebende topische Gravidität entwickelt sich neben einer abgestorbenen, früheren, ektopischen, deren Reste noch in irgendeiner Umwandlungsform zurückgehalten werden.

Diese Formulierungen beschreiben nur die bestehenden Tatsachen eindeutig und vermeiden jede Aussage über ihre mögliche Entstehung.

I. Teil

Ätiologie.

Die Physiologie des menschlichen Eies und der Spermatozoen sowie die genaueren Vorgänge bei der Befruchtung sind noch nicht ausreichend bekannt. Wegen Mangel an geeignetem Untersuchungsgut sind unsere Kenntnisse über die Fragen der Befruchtungsfähigkeit, die ersten Entwicklungsstadien und ihrem zeitlichen Ablauf von der Befruchtung über die Fortbewegung bis zur Einbettung des Eies, sowohl für die physiologischen, als auch besonders für die pathologischen Vorgänge noch sehr unvollkommen. Wegen dieser großen Lücken in unserem Wissen ist es daher nicht möglich in den Fragen der Ätiologie für alle Fälle von Extrauterin gravidität eine restlose befriedigende Erklärung zu finden.

Als gesicherte Tatsache wird heute allgemein anerkannt, daß das befruchtete Ei, sobald es seine Nidationsreife erlangt hat, sich dort einbettet, wo es sich gerade befindet und mit Hilfe der ihm eigenen proteolytischen Fermente am Ort seiner Einbettung mütterliches Gewebe einschmelzen und zu seiner Ernährung Anschluß an die mütterliche Blutzirkulation gewinnen kann.

Auf Grund dieser Tatsache und der heute gültigen Vorstellungen, erwiesen durch Laparotomie, Laparoskopie und die modernen Methoden der Röntgendiagnostik, mißt man den Störungen des Eiabnahmemechanismus und des Transportmechanismus bei der Entstehung der Extrauterin gravidität primäre Bedeutung zu. Nach Dyroff können folgende Ursachen zu diesen Funktionsstörungen führen:

1. „Angeborene Veränderungen:

Zu kurze oder zu lange Fimbrien, Nebentuben, schlechte Ausbildung der Tubenmuskulatur, Unterentwicklung der lokalen Gefäßversorgung welche die Turgorleistung des Fimbrienendes verhindert, unverhältnismäßige Größe des Ovars, schlaffer Bandapparat, wodurch das Ovar topographisch weit vom Fimbrienende entfernt gelegen ist.

2. Erworbene Veränderungen:

Verlötungen der Fimbrien nach Entzündungen und Erkrankungen, Verwachsungen der Fimbrien mit den Nachbarorganen, mechanische Veränderungen durch Tumoren oder Residen entzündlicher Prozesse, operativ geschaffene, topographisch anatomische Veränderungen.

3. Fehlleistungen des innersekretorischen Systems,

die dann ihrerseits zu einer Störung des vegetativ-nervösen Ablaufes bei der Tubenperistaltik führen.“

Diese soeben aufgeführten Ursachen vermögen die Entstehung einer Extrauterin gravidität ausreichend zu erklären und haben sicher auch Gültigkeit neben anderen ätiologischen Momenten, wenn es zur gleichzeitigen intra- und extrauterinen Schwangerschaft kommt. Absolute Voraussetzung für dieselbe ist jedoch die Reifung und Befruchtung von wenigstens zwei Eiern im gleichen Zeitraum. Je nach dem, ob beide Ovula aus einem oder aus beiden Ovarien stammen, hat eine Ovulatio uniovarialis oder eine Ovulatio biovarialis stattgefunden, die gleichzeitig noch eine unifollicularis gewesen sein kann bzw. bifollicularis gewesen sein muß. Daß in einem Follikel mehrere Eier heranreifen können oder, daß zwei Follikel bei einer Ovulation gleichzeitig springen können, ist durch das Vorkommen von Mehrlings- und Zwillings-

schwangerschaften hinreichend bewiesen.

Für die Entstehung von Zwillingen gibt es vier Möglichkeiten:

1. Ein einziges Ei, von einer einzigen Spermie befruchtet, teilt sich zu monozygoten eineiigen Zwillingen.
2. Ein einziges Ei enthält zwei Kerne und müßte von zwei Spermien befruchtet werden, was noch sehr umstritten ist.
3. Ein einziges Ei teilt sich vor der Befruchtung in zwei gleiche Teile, die dann von zwei verschiedenen Spermien befruchtet werden.
4. Zwei Eier gesondert von zwei verschiedenen Spermien befruchtet, kommen als dizygote oder zweieiige Zwillinge zur Welt.

Die Entstehung der echten Zwillingsgravidität hat für alle vier Möglichkeiten je zwei Kombinationen zur Einbettung:

- a) die normale, intrauterine Zwillingschwangerschaft,
- b) die einseitige, ektopische Zwillingschwangerschaft.

Die dritte und vierte Möglichkeit der Zwillingsgenese verfügen zur Implantation über je zwei weitere Kombinationen:

- c) die gleichzeitige einfache, beidseitige ektopische Schwangerschaft,
- d) die gleichzeitige intra- und extrauterine Schwangerschaft.

Demnach könnte die isochrone Intra- und Extrauteringravidität eine Zwillingschwangerschaft mit heterotropem Sitz der Früchte sein.

Die klassische Definition einer jeden Mehrlingsschwangerschaft – mehrere Früchte zur gleichen Zeit in einem Fruchthalter – wird in beiden Fällen nicht erfüllt, wenn nur die Anzahl der implantierten Eier und nicht auch ihre verschiedenen Einbettungsorte berücksichtigt werden. Deshalb ist es nicht korrekt, von einer seltenen Form der Zwillingsgravidität zu sprechen. Um jede vorläufige Aussage über mögliche Entstehungsursachen zu vermeiden, wird der Befund, daß gleichzeitig zwei verschieden lokalisierte Schwangerschaften bestehen, viel treffender ausgedrückt durch die das Krankheitsbild klar beschreibende Formulierung: „Isochrone Intra- und Extrauteringravidität.“

In einem solchen Falle erscheinen die bereits erwähnten Ursachen für das Zustandekommen einer ektopischen Gravidität durch das Eintreten einer physiologischen widerlegt. Die gleichzeitige pathologische bedarf einer zusätzlichen Erklärung für ihre Entstehung. Die nächstgelegene wäre die, daß die durch die Implantation des ersten Eies hervorgerufene Schleimhauthypertrophie das Ostium uterinum tubae versperst und das zweite hindert das Cavum uteri zu erreichen. Auch kann nach einer Ovulatio biovarialis das eine Ovulum normale Verhältnisse in seiner Tube vorfinden, das andere nicht. Nach einem Follikelsprung auf nur einer Seite und dem Auffinden der ektopischen Schwangerschaft auf der gegenüberliegenden Seite bleibt nur die Annahme einer äußeren, abdominalen oder inneren, uterinen Überwanderung übrig.

Vom Zustandekommen einer äußeren Eiüberwanderung kann man nach Erfüllung folgender Voraussetzungen sprechen:

1. Wenn auf der einen Seite die Tube fest verschlossen ist oder ganz fehlt und auf der anderen Seite das Ovar nicht mehr vorhanden ist.
2. Wenn bei der Tubargravidität das Corpus luteum graviditatis sich nicht auf der gleichen, sondern auf der Gegenseite befindet.

Für den Menschen muß ebenso wie für einzelne Tierarten, die Möglichkeit, bei der das gesprungene Ei nicht in die homolaterale Tube gelangt, sondern durch den Peritonealraum in die kontralaterale wandert, als sicher bewiesen gelten, auch wenn über die genaueren Vorgänge bei der Eiabnahme noch keine einheitliche, allgemein anerkannte Lehrmeinung erarbeitet ist.

Es kann also, da zwei Eier die Voraussetzung für die Entstehung einer gleichzeitigen Intra- und Extrauterin gravidität sind, das eine davon, bei Reifung im gleichen Ovar, eine abdominale Überwanderung zur Tube der Gegenseite durchmachen, wobei es seine Nidationsreife erlangt und sich dort ansiedelt, wo es sich gerade befindet, das andere normal abgenommene Ei erreicht durch den gleichseitigen Eileiter auf kürzerem Wege das Cavum uteri früher. Bei gleichzeitiger Ovarialgravidität wanderte nur das eine Ei, während das andere an seinem Ursprungsort zurückblieb.

Die „äußere Überwanderung“ gilt auch für den Menschen als eindeutig erwiesene Tatsache. Von der „inneren Überwanderung“ kann man dies nicht so ohne weiteres behaupten. Während die Zoologen schon das Überschreiten der in der Medianlinie gelegenen „Pars indivisa“ eines Uterus bicornis als „innere Überwanderung“ bezeichnen, was zu ganz physiologischen intrauterinen Graviditäten führt, kann man beim Menschen nur dann von einer inneren Überwanderung sprechen, wenn sich eine extrauterine Gravidität findet. Das Ei muß dafür folgenden Weg zurücklegen:

„Nach Durchwanderung der Tube die dem Ovar, in dem der Follikelsprung stattgefunden hat, homolateral ist, durchquert es den Uterus und gelangt in die kontralaterale Tube.“ Daß dieser Weg möglich ist, kann nur durch Fälle bewiesen werden, in denen man eine Tubargravidität in einer verschlossenen Tube findet. Natürlich ist zu fordern, daß der Verschluß älter ist als die Gravidität. Dies kann der Fall sein, wenn

1. sich eine Gravidität in einem bei einer vorausgegangenen Operation zurückgelassenen und operativ verschlossenen Tubenstumpf angesiedelt hat,
2. sich eine Gravidität in einer Tube findet, die durch einen entzündlichen Prozeß vor Einnistung des Eies verschlossen worden ist.

Fälle zu 1. wie 2. wurden mehrfach beschrieben. Es handelte sich jedoch dabei um Tubenstumpfgraviditäten, bei denen das gleichseitige Ovar mit entfernt worden war oder die Autoren machten ausdrücklich darauf aufmerksam, daß sich das Corpus luteum graviditatis bei der Operation im gegenüberliegenden Ovarium gefunden hat. Die ektopische Schwangerschaft konnte nur durch innere Überwanderung des Eies zustande gekommen sein (n. Nevinny-Stickel). Einige Fälle (Vöge, Schneehagen, v. Vegh, Nevinny-Stickel) wurden so eingehend histologisch untersucht, daß bei ihnen kein Zweifel mehr bestehen dürfte, über den Weg, den das Ei gewandert war.

Wenn auch diese Möglichkeit selten ist und nicht allgemein anerkannt wird, so muß sie doch der Vollständigkeit wegen mit angeführt werden; denn auch sie könnte bei der Ätiologie der gleichzeitigen intra- und extrauterinen Schwangerschaft einmal in Betracht kommen.

Noch eine andere Frage, die immer wieder zur Diskussion gestellt wird, nämlich die, ob beide Graviditäten gleichen Alters sind, muß noch beantwortet werden. Damit wird eines der ältesten Probleme der Medizin aufgegriffen, das schon Hippokrates beschäftigte und im 16., 17. und 18. Jahrhundert bei Ärzten wie auch Juristen eine große Rolle spielte, die

„Conceptio supra conceptionem facta.“

Eine auch dem heutigen Stand der Wissenschaft noch genügende Begriffsbestimmung geht auf Kußmaul zurück (n. v. Khreninger-Guggenberger), der jede weitere Konzeption in einer schon bestehenden Schwangerschaft als „Nachempfangnis“ oder „Superimpragnation“ bezeichnete. Wir unterscheiden davon zwei Formen:

1. Superfecundatio oder Überschwängerung und

2. Superfetatio oder Überfruchtung.

Unter ersterer verstehen wir die Befruchtung zweier oder mehrerer Eier aus ein und derselben Ovulationsperiode zu verschiedenen Zeitpunkten durch den Samen von verschiedenen Kohabitationen; unter der zweiten die Befruchtung eines oder mehrerer Eier aus einer späteren Ovulationsperiode, während einer schon bestehenden Schwangerschaft.

Das gelegentliche Zustandekommen einer Überschwängerung ist bei Haustieren mit Sicherheit bewiesen. So können Stuten, die kurz hintereinander von Pferde- und Eselhengsten belegt worden sind, Pferde- und Maultierfohlen werfen. Hündinnen, die während der Brunst von verschiedenrassigen Rüden gedeckt worden sind, werfen untereinander weitgehend differente und der Rasse der Väter entsprechende Bastarde.

Die Erklärung für diese Vorkommnisse bei vielaebärenden Tieren ist einfach: Die während einer Brunst in Zwischenräumen durch Follikelsprung freiwerdenden Eier können durch zeitlich verschiedene, aber innerhalb dieser Brunst gelegenen Deckungen durch rasseverschiedene Männchen befruchtet werden.

In zwangloser Analogie darf man schließen, daß auch beim Menschen Superfecundation theoretisch möglich ist, nämlich dann, wenn die Bedingungen der obengenannten Definition erfüllt sind (Befruchtung von Eiern derselben Ovulationsperiode zu verschiedenen Zeitpunkten). L. Nürnberger sammelte bereits 1914 einschlägige Fälle, die aber nur bedingte Beweiskraft besitzen. Bei den angeführten Beobachtungen handelt es sich um weiße Frauen und Negerinnen, die mit Europäern und Negern Verkehr gehabt und zweieiige Zwillinge geboren hatten, von denen das eine Kind kaukasischen Typus, das andere Neger- bzw. Mulattentypus zeigte. Er selbst läßt die Frage offen, ob es sich um Superfecundation handelt, oder um eine Frage der Mendelschen Vererbungsregeln, nämlich der „Spaltungsregel“ („Vater selbst Bastard“) oder der „Prävalenzregel“ (Bastarde reinrassiger Eltern gleichen bald dem Vater, bald der Mutter), da nach diesen Regeln auch Bastardzwillinge, die von nur einem Vater stammen rasseverschieden sein können. Der eindeutige, unanfechtbare Beweis, der noch aussteht, wäre dann erbracht, wenn in einem solchen Falle des Mehrverkehrs eine Frau rasseverschiedene Zwillinge gebären würde, die beide in ihrem Typus von der Rasse der Mutter abweichen müßten (z. B. Mutter: weiß, ein Kind schwarz, ein Kind gelb entsprechend den beiden Vätern).

„Die Erforschung der Superimprägation in ihren beiden Formen ist nach J. v. Khreninger-Guggenberger gleichbedeutend mit der forensischen Erforschung der Bipaternität bei zweieiigen Zwillingen. Die Grundlagen der Vererbung der Blutstrukturen bilden die Voraussetzung für den logischen Aufbau des Ausschließungsbeweises im Vaterschaftsprozesse und damit auch eine Hilfe für die Klärung der Frage der Superfecundation beim Menschen. „Der Erbgang der Blutgruppen läuft mit der Exaktheit eines physikalischen Experimentes ab.“ Unter Einbeziehung des Rh-Faktors, sowie aller übrigen bekannten Faktoren bekommt man eine sehr große Anzahl von Kombinationen, die beweisend für eine Superfecundation sein können. Dieser Beweis wurde in einem Fall mit besonders günstigen Umständen durch den serologischen Vaterschaftsnachweis, hier durch Faktorenausschluß, mit Sicherheit erbracht. Mit Zunahme der forensischen Blutgruppenbestimmung bei zweieiigen Zwillingen werden sich mit hoher Wahrscheinlichkeit noch weitere Fälle finden, die das Vorkommen der Superfecundation beim Menschen beweisen helfen. Die Möglichkeit einer monopaternen Nachempfindnis, deren Erforschung zur Zeit unmöglich zu sein scheint, kann nur indirekt aus der bewiesenen bipaternen gefolgert werden.“

Noch schwieriger ist der Nachweis für eine Superfetation zu führen. Am häufigsten werden abnorme Reife- und Entwicklungsdifferenzen bei ausgetragenen Früchten wie bei Fehlgeburten, sowohl bei Zwillingsschwangerschaften, als auch bei gleichzeitigen Intra- und Extrauteringraviditäten als Beweis angeführt, sowie Altersunterschiede der Corpora lutea graviditatis und Geburten zu verschiedenen Zeiten.

Diese unterschiedlichen Merkmale werden von anderen Autoren nicht anerkannt und werden auf Ernährungsstörungen infolge des 3. Plazentarkreislaufes bei Zwillingen oder ungünstige Plazentation, besonders bei extrauterinem Sitz des einen Foeten, auf Degeneration der Plazenta, auf abnorme Beschaffenheit der Nabelschnur, auf Raumbeschränkung im Fruchthalter oder auf im Keim selbst bedingte Ursachen und andere mehr zurückgeführt. All diese Deutungsversuche berühren nicht den Kern des Problems. Sein Angelpunkt ist die Frage, ob eine weitere Ovulation in der Schwangerschaft überhaupt stattfinden kann und vorkommt, damit die im Tierreich eindeutig bewiesene Superfetation auch für den Menschen als möglich angenommen werden darf.

„In der Volksmeinung, die viele Genitalblutungen als „Regel“ bezeichnet, trifft man die weitverbreitete Ansicht, daß echte Regeln in der Schwangerschaft auftreten können. Der Nachweis, daß es sich bei diesen Blutungen um echte Menstruationen handelt, die alle zu fordernden Charakteristika einer solchen aufweisen, ist nicht leicht. Von dem allgemein anerkannten Lehrsatz, daß in der Gravidität die Ovulation sistiert, sind Ausnahmen bekannt und beschrieben.“ Es gibt also, wie Wintz nachweisen konnte, ausnahmsweise echte Menstruationsblutungen während der Schwangerschaft. Jede Menstruation ist aber normalerweise eine direkte Folge einer vorangegangenen Ovulation.

Damit fällt das wichtigste Gegenargument für die Superfetation, das Ausbleiben der Follikelreifung und Ovulation in graviditate. Ferner werden die außerordentlichen Schwierigkeiten vorgebracht, die sich der Vereinigung von Spermie und Ovulum in den Weg stellen, der die Cervix verschließende Schleimpfropf, die die Tubenecken verschließenden Deciduawülste und die Verschmelzung der Decidua vera mit der Decidua reflexa. Nach deren Vereinigung, die in der 12. Schwangerschaftswoche eintritt, ist das Cavum uteri verschlossen und schon rein mechanisch eine weitere Befruchtung unmöglich. Eine Überfruchtung ist beim Menschen anatomisch nur bis zum Ende des 3. Schwangerschaftsmonates möglich.

Man kann heute ruhig behaupten, daß im Normalfalle eine Superimpragnation in Form der Superfetation aus verschiedenen Gründen nicht leicht zustande kommt, daß aber die Möglichkeit in Ausnahmefällen durchaus gegeben ist. Förderl konnte mit seinem Fall, dem als ersten in der Literatur auf Grund ausgedehnter und sorgfältiger histologischer Untersuchungen Beweiskraft zuerkannt werden muß, diese Behauptung stützen. Einen weiteren Beitrag lieferten in jüngster Zeit G. Haselhorst und M. Watzka mit ihrer Veröffentlichung einer neuen beweisenden Beobachtung.

Superfecundation und Superfetation sind selten und noch seltener ganz überzeugend bewiesen. Sie müssen, erkennt man ihr gelegentliches Vorkommen an, doch auch für die Entstehung einer gleichzeitigen intra- und extrauterinen Schwangerschaft einmal zur Erklärung mit herangenommen werden. Die anerkannt häufigere, zweieiige Ovulation, bei der es nicht zur normalen zweieiigen Zwillingsschwangerschaft kam, sondern bei der sich die befruchteten Eier aus irgendeinem der genannten Gründe heterotop implantierten, wird immer die bereitwilligere Aufnahme in der Diskussion über die Ätiologie der

isochronen Intra- und Extrauteringravidität finden und hat sie gefunden.

Diagnose.

Die Mühen, die bis zur klaren Erkennung einer sehr jungen normalen Schwangerschaft manchmal aufgewendet werden müssen, sind bekannt. Ebenso bereitet das Krankheitsbild der ektopischen Gravidität, das, wenn seine klassischen Symptome deutlich ausgeprägt sind, leicht erkannt wird, unter Umständen oft außerordentliche Schwierigkeiten. Es handelt sich dabei einmal um die Feststellung, ob überhaupt eine Schwangerschaft vorliegt, zum anderen, ob die Fruchtanlage sich außerhalb des normalen Fruchthalters eingebettet hat und falls dies zutrifft, ob dieselbe bereits gestört oder noch ungestört ist. In den seltenen Fällen einer gleichzeitigen Intra- und Extrauterin gravidität wird die richtige Diagnose noch weiter erschwert und ist beinahe unmöglich, da fast immer eine der beiden Graviditäten das klinische Bild beherrscht. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird dies, besonders in der ersten Hälfte der Schwangerschaft, die ektopische sein. Daraus ergibt sich eine natürliche Zerteilung, der auch wir uns anschließen wollen, nämlich:

1. Fälle in der die extrauterine Gravidität und
2. Fälle in der die intrauterine Gravidität im Krankheitsbild überwiegt.

Aus Gründen, die leicht einzusehen sind, wird die erste Gruppe, die zahlenmäßig größere sein, wie auch ein Blick über die früher gesammelten Fälle bestätigt. Von den beiden miteinander konkurrierenden Schwangerschaften ist es meist die ektopische, tubare, welche die ersten augenfälligen Symptome zeigt wegen ihrer wohlbekannten Neigung zum Tubarabort und zur Tubarruptur im Frühstadium. Deswegen kommen diese Patientinnen fast alle im Beginn ihrer Gravidität früher oder später zur Operation, wobei gewöhnlich die gleichzeitig bestehende intrauterine noch gar nicht bekannt ist. Daraus folgt ganz klar, daß der gruppenmäßige Anteil dieser Fälle größer ist, als der nächst zu beschreibende im fortgeschrittenen Stadium, bei denen in der Regel, obwohl nicht immer, eine kurze Periode von Amenorrhoe bestand, der gewöhnlich eine schwächere uterine Blutung zur erwarteten Zeit oder verspätet folgte. Schmerzen der betroffenen Seite, Ohnmacht und Übelsein werden oft angegeben. Fast immer ergab die vaginale Untersuchung als Befund eine „Masse“, so daß die Diagnose „Extrauterin gravidität“ sich direkt aufdrängte und sich operativ bestätigte. In vielen Fällen hatte der Uterus das Maß einer nur concomitanten physiologischen Hypertrophie überschritten und zeigte bei der Operation so eindeutige Vergrößerung und Schwangerschaftsmerkmale, daß oft kein Zweifel mehr an der Coexistenz einer gleichzeitigen Intrauterin gravidität möglich war, während in anderen eine solche nicht vermutet wurde, bis ein nachfolgender Spontanabort ihr Vorhandensein bewies oder sie sich zu einem viel späteren Zeitpunkt offenbarte und erkannt wurde.

Die uterinen Blutungen nach Absterben einer unkomplizierten ektopischen Schwangerschaft sind meist gering, da es sich nur um Ausstoßung der im Uterus gebildeten Decidua handelt. Tritt dagegen eine länger anhaltende Blutung auf, so spricht dieses Symptom für den Abort eines uterin implantierten Eies. Damit ändert sich das Krankheitsbild und die intrauterine Schwangerschaft tritt in den Vordergrund.

Sehr wahrscheinlich kann die Fruchtanlage in utero durch das Bestehen der gleichzeitigen ektopischen einmal aktiv in ihrer Weiterentwicklung beeinflusst werden. Auch das Absterben der extrauterinen Frucht und die damit einsetzende Blutung können eine Störung in der Entwicklung des intrauterinen Eies be-

wirken. Die Diagnose wird in diesen Fällen, die einen Abort vortäuschen oder tatsächlich darstellen, nicht einfacher. Besonders gefährvoll wird die Lage dann, wenn nach künstlicher Beendigung des Spontanabortes die Zeichen einer Extrauterin gravidität mißdeutet werden, weil sie nicht mehr so klar zu Tage treten und wegen des Abortes etwas unwahrscheinlich sind. Bei Fehlen einer Genitalblutung und festgestellter Schwangerschaft werden differentialdiagnostisch meist irgendwelche Komplikationen, wie Adnexitis, stielgedrehte Ovarialcyste, Appendicitis und andere überlegt. Den richtigen Befund enthüllt erst die durchgeführte Laparotomie. Schließlich bleibt noch der kleine Rest jener Fälle, bei denen sich beide Graviditäten nebeneinander entwickeln bis in die zweite Hälfte oder gar bis zum Ende der Schwangerschaft.

In der Anamnese sind vielleicht typische Beschwerden eines Tubarabortes während der ersten Monate zu erheben, die verschwanden und keinen weiteren Anlaß zur Behandlung gaben. Subjektive Beschwerden der Schwangeren, wie außerordentliche Zunahme des Leibesumfanges, sehr deutliche und schmerzhaft Kindsbewegungen, leiten hin zur Annahme einer Zwillingsschwangerschaft. Diese kann mit Hilfe von Röntgenaufnahmen gesichert werden ohne den wahren Sachverhalt vollkommen aufzuklären. So erreichen also immer wieder in Einzelfällen beide Graviditäten das Ende ihrer Tragzeit, ohne daß die richtige Diagnose gestellt worden ist. Manchmal gelingt es trotz aller Anstrengungen erst nach erfolgter Geburt des einen Kindes, die ektopische Lage des anderen endgültig zu klären.

Die verwirrende Vielfalt des Erscheinungsbildes der gleichzeitigen Intra- und Extrauterin gravidität sowie die geringe Erfahrung des einzelnen Arztes, begründet durch ihr seltenes Auftreten, lassen trotz aller Maßnahmen zur richtigen Differentialdiagnose nur gelegentlich eine einwandfreie Feststellung zu.

Röntgenverfahren, Douglaspunktion und Laboratoriumsuntersuchungen sind unentbehrliche Hilfen für die richtige Diagnose der gleichzeitigen intra- und extrauterinen Schwangerschaft; absolute Voraussetzung aber ist der Gedanke an das sehr seltene, aber immer wieder mögliche Vorkommen im Rahmen der klärenden Erwägungen.

Therapie.

Die Therapie der gleichzeitigen Intra- und Extrauterin gravidität hat einmal den Ausgang für die Mutter und zum anderen das zu erwartende Endergebnis reifer lebender Kinder zu berücksichtigen. Wie aus den früheren Zusammenstellungen hervorgeht ist es nur in den seltensten Fällen gelungen, zwei reife, gesunde Früchte zu entbinden. Haselhorst gibt folgende Bedingungen an, unter denen ein abwartendes Verhalten bei fortgeschrittener extrauteriner Schwangerschaft einmal erlaubt sein kann:

- „1. Wenn den Umständen nach mit dem Wohlgebildetsein des Kindes gerechnet werden kann;
2. Wenn die Lebensfähigkeit des Kindes bald, d. h. in längstens einigen Wochen, erreicht ist;
3. Wenn die Beschwerden der Trägerin gering sind oder sich wenigstens in erträglichen Grenzen halten;
4. Wenn das Zuwarten von Seiten der über Aussicht und Gefahren aufgeklärten Eltern dringend gewünscht wird;
5. Wenn die Möglichkeit dauernder ärztlicher Überwachung gegeben ist.“

Da dieses fortgeschrittene Stadium, die richtig gestellte Diagnose vorausgesetzt, nur ganz vereinzelt bei gleichzeitiger Intra- und Extrauterin gravidität erreicht wird und jedes Zuwarten fast einem Spiel mit dem mütterlichen Leben gleichkommt, ist der Eingriff zur Beseitigung dieser Komplikation, die ohne Zweifel eine schwere Belastung für die Mutter bedeutet, baldigst durchzuführen. In früheren Stadien, soweit in diesen überhaupt eine eindeutige Feststellung erfolgt ist, überwiegt zweifellos das größere Lebensrecht der Mutter gegenüber dem Kinde, dessen Lebensfähigkeit durch Mißbildungen häufig stark beeinträchtigt ist. Demgemäß hat sich der Standpunkt, daß jede ektopische Schwangerschaft nach ihrer Erkennung der baldigen Operation zuzuführen ist, allgemein durchgesetzt. Dabei muß allerdings, und sei es nur bei bloßem Verdacht auf gleichzeitige intrauterine Schwangerschaft, besonders schonend vorgegangen werden, um eine Gefährdung der eventuell vorhanden geglaubten Frucht in utero möglichst auszuschließen. Da der Verlust der Tuben die Frauen zur Kinderlosigkeit verurteilt, ist hier nach Möglichkeit der konservative, tubenerhaltende Eingriff der beste. Für die intrauterine Frucht empfiehlt sich auf Grund der Tatsache, daß nach Entfernung der ektopischen der pathologische Zustand oftmals in einen normalen übergeht, ebenfalls ein schonendes Vorgehen und eine den Fortbestand wirksam unterstützende Therapie. Die zahlreichen, trotz Operation ausgetragenen intrauterinen Kinder, sind dafür der schönste Lohn und der sprechendste Beweis.

Kasuistik.

Seit Duverney im Jahre 1708 den ersten Fall von gleichzeitiger intra- und extrauteriner Schwangerschaft beschrieben hat, folgten weitere Veröffentlichungen nach. 1722 teilte Geoffrey als nächster seine Beobachtung mit. In Abständen wird immer wieder durch einzelne Arbeiten auf diese geburtshilfliche Rarität hingewiesen. Die erste Mitteilung eines solchen Falles in Deutschland machte Gößmann mit seiner Dissertation im Jahre 1820 an der Universität in Marburg a. d. Lahn. Gegen Ende des vorigen und zu Beginn dieses Jahrhunderts steigt die Zahl der Berichte rasch an. So sammelte Parry 1876 aus der Weltliteratur 23 Fälle. Gutzwiller kommt demgegenüber nur auf 18 im Jahre 1893, da er die Fälle, in denen beide Schwangerschaften nicht gleichzeitig lebend nebeneinander bestanden, ausschied. Diese Forderung nach Gleichzeitigkeit wurde später allgemein anerkannt und vertreten. 1896 zählt Moseley weitere 14 Beobachtungen, worin auch die 6 Mitteilungen von Martin aus dem Jahre 1895 enthalten sind. Strauß sammelt zur Jahrhundertwende insgesamt 38 Fälle der Weltliteratur. Zinke kommt 1902 auf 44, Bichat ein Jahr danach auf 49 Fälle. Christer-Nilson, von der die erste große und wertvollste Zusammenstellung stammt, weist in ihrer Arbeit schon 68 Fälle auf. Die Veröffentlichung der drei letztgenannten Forscher benutzte Simpson 1904 und kommt, da mancher Fall nur von einem der drei angeführt wird, schon auf die Gesamtzahl von 113 Fällen.

In seiner äußerst kritischen Arbeit hält Weibel 1905 nur bei 110 Beobachtungen die Forderung der Gleichzeitigkeit für erfüllt. Franz v. Neugebauer, der sich in mehreren Veröffentlichungen in den Jahren 1903 und 1905 mit dem Problem der gleichzeitigen Intra- und Extrauterin gravidität beschäftigte, sammelte im Jahre 1907 insgesamt 170 beschriebene Fälle aus der gesamten Weltliteratur in seiner großen Monographie. In Ergänzung dieser Übersicht veröffentlichte er im Jahre 1913 in zwei Folgen weitere 74 Beobachtungen und erhöhte die Gesamtzahl auf 244 Fälle.

Erst im Jahre 1926 fügte E. Novak, USA, dieser Sammlung neue Mitteilungen an. A. A. Gemmel und H. Leith Murray sammelten 1933 nur 217 Fälle seit dem Jahre 1708. Sie betonten jedoch ausdrücklich, daß sie nur solche Beobachtungen in ihrer Sammlung berücksichtigt haben, von denen sie selbst entweder die Originalarbeit oder ein Referat studiert hatten. Alle späteren Zusammenstellungen und Zählungen von Stein, Sloat und Peterson, Mathieu, Ludwig, Mitra, Studdiford und Speek, folgen einer von diesen beiden grundsätzlichen Arbeiten und kommen je nachdem, welcher sie gefolgt sind, zu verschiedenen Ergebnissen.

Eine kritische Gegenüberstellung der Veröffentlichung von Franz v. Neugebauer und A. A. Gemmel und H. Leith Murray offenbart folgendes: In den Arbeiten des ersteren sind drei Fälle enthalten, die von den beiden anderen in ihrem Kapitel „Not Truly Simultaneous“ unter Nr. 216, 220, 225 aufgeführt und deshalb nicht mitgezählt werden. Dafür enthält ihre sehr sorgfältige Zusammenstellung 5 Fälle (Nr. 48, 50, 99, 101, 160) – vorwiegend aus dem englischen Sprachraum, – die in den Sammlungen von Neugebauer fehlen. Addiert man diese 5 Fälle seinen Beobachtungen hinzu und subtrahiert die anderen 3 Fälle, dann ergibt sich bis zum Jahre 1913 eine Gesamtzahl von 246 Veröffentlichun-

gen.

In der Zusammenstellung von Gemmel und Leith Murrey finden sich als gezählte Fälle 4 (Nr. 60, 68, 73, 156 ihrer Arbeit), die von Franz v. Neugebauer bereits in seiner Monographie von 1907 bzw. in seinen Ergänzungen zu dieser von 1913 ausführlich referiert und mit Recht ausgeschieden wurden. Außerdem zählten sie irrtümlich zwei Beobachtungen doppelt, denn die Dissertationen von Koehne (Nr. 39) und Miller (Nr. 72) behandeln die gleichen Fälle wie Ahlfeld (Nr. 38) und Menge (Nr. 52), was durch Vergleich mit den Originalaufsätzen leicht nachzuprüfen war. Zusammen mit einem Fall, den Novak auch nur wegen „seiner starken dafür sprechenden Krankengeschichte“ anführt, müssen insgesamt 7 Fälle (nämlich: Nr. 60, 68, 73, 109, 156 und die doppelten 39, 72 oder 38, 52) abgezogen werden. Die Gesamtzahl ihrer Arbeit beläuft sich dann anstelle der 217 nur auf 210 mitgeteilte Fälle.

Da alle anderen Autoren auf diese beiden Arbeiten zurückgreifen, verschieben sich die von ihnen angegebenen Zahlen über die mitgeteilten Beobachtungen in der Weltliteratur alle, da auch aus der nächsten Zusammenstellung von E. Novak außer dem bereits erwähnten und von ihm selbst als unsicher bezeichneten Fall, noch zwei weitere Fälle von gleichzeitiger Intra- **neben** Extrauterin gravidität zu streichen sind.

Deshalb wurde – veranlaßt durch zwei neue Beobachtungen in der Staatlichen Hebammenschule, Entbindungsanstalt und Frauenklinik Bamberg (Direktor Prof. Dr. med. W. Lütge) – für die Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Fälle bis zum Jahre 1913 zurückgegangen. Berücksichtigt wurden aber nur diejenigen Mitteilungen, welche die eingangs aufgestellten Bedingungen erfüllten. Von allen diesen Fällen wurde die Originalarbeit oder ein offizielles Referat benutzt. Nur in ganz vereinzelten Fällen mußten noch andere Autoren zitiert werden, wenn weder das Original noch ein ausführliches Referat zu erhalten war. Trotz der außerordentlichen Unterstützung durch die Universitätsbibliothek Erlangen, der ich zu großem Dank dafür verpflichtet bin, waren unsere Bemühungen nicht immer erfolgreich. Eine kleine Anzahl von Arbeiten, die auch Mitteilungen über Beobachtungen dieser Art enthalten sollen, müssen der Vollständigkeit wegen in einem eigenen Kapitel des Literaturverzeichnisses aufgeführt werden; denn mit Sicherheit befindet sich darunter mancher Fall, der mit Recht in die Zusammenstellung aufgenommen werden mußte. Trotz aller Mühe wird auch die eine oder andere Mitteilung übersehen worden sein, da die Überschriften oft irreführend sind und die Literatur über die Extrauterin gravidität und ihre Besonderheiten für den einzelnen fast unübersehbar geworden ist.

Vor der synoptischen Tabelle der aus der Weltliteratur seit dem Jahre 1913 gesammelten Fälle und den daraus gewonnenen Ergebnissen, sei es gestattet, zwei neue bisher nicht veröffentlichte Beobachtungen mitzuteilen.

Fall 1

A. K. (Gyn. Journ. 5365/33) 31 Jahre – VI. Gravida

Anamnese: Familienanamnese und persönliche ohne Besonderheiten; 4 Geburten, 3 Kinder leben, 1 Kind mit 6 Monaten an Lungenentzündung gestorben. 1950 Abortus mens IV. Menarche mit 16 Jahren, Menses: regelmäßig alle 30 Tage, 3–4 dauernd, stark.

Gegenwärtige Beschwerden: Amenorrhoe seit 2 Monaten (LR: 28. April 1957). Seit 3. Juni 1957 Schmerzen über der Symphyse, die bei der Aufnahme am 5. Juni 1957 etwas höher liegen. Am Morgen leichte Blutung, die spontan wieder steht. Kreuzschmerzen. Beim Aufrichten Schwindelgefühl und Schwarzwerden vor den Augen. Seit 8 Tagen Obstipation. Miktio o. B.

Befund: Haut und sichtbare Schleimhäute deutlich blaß. Herz und Lunge: Perkutorisch und auskultatorisch o. B. Abdomen: Im Unterbauch trotz der schlaffen Bauchdecken ausgeprägte

Abwehrspannung.

Vaginalbefund: Bräunliche-blutige Absonderung. Uterus: anteflektiert, etwas aufgelockert, vergrößert, Liftingsschmerz.

Adnexe: links o. B., rechts Schwellung hinter dem Uterus, Douglas vorgewölbt, weich, stark schmerzhaft. Blutbild: Erythrozyten: 3,6 Mill., Leukozyten: 11 800, Hb 60%.

Diagnose: Tubarabort rechts. Therapie: Laparotomie. Operationsbericht: Unterer Medianschnitt in Eunanarkose. Nach Eröffnung des Peritoneums Blut in der freien Bauchhöhle. Rechte Tube nach der Ampulle rupturiert. Exstirpation der rechten Tube. Entfernung der vielen alten Blutgerinselfe aus dem Douglas. 250 ccm Tutofusin in dem Bauchraum. Versorgung des Wundbettes. Typischer schichtweiser Verschuß der Bauchdecken.

11. Juni 1957. Postoperativer Verlauf komplikationslos, Klammern entfernt. Wunde p. p. verheilt. Patientin steht auf. 22. Juni 1957 Entlassung.

Histologischer Untersuchungsbefund (Prosektur des Städt. Krankenhauses Bamberg). Material: Tube: Histologische Untersuchung ergibt eine geplatzte Tube mit Blutkoagula. Plazentarzotten sind nicht mehr mit Sicherheit nachweisbar. Eventuell bereits resorbiert. Diagnose: Extrauteringravidität.

Am 10. Dezember 1957 Nachuntersuchung: Gut geheilte Laparotomienarbe. Es besteht eine Gravidität, wobei der Fundus nicht ganz Nabelhöhe erreicht. Der erste Verkehr post operationem wird mit dem 15. Juli 1957 angegeben. Die Größe des Uterus entspricht etwa dieser Zeit. Voraussichtliche Niederkunft Mitte April 1958.

Wiederaufnahme auf der geburtshilflichen Abteilung (Journ. 2022/7) am 1. Februar 1958. 14.35 Uhr Untersuchung ergibt Grav. mens. X. Übliche Vorbereitung, Lagerung im Kreißsaal. 16.30 Uhr Spontangeburt eines sofort schreienden Mädchens aus I. H. H. L.

16.45 Uhr Plazenta spontan und vollständig nach Schultze. Dauer der Geburt: 3 Stunden und 45 Minuten. Wochenbett o. B.

Kind:

Länge: 50 cm, Gewicht: 3 660 g.

Mädchen, lebend, reif.

Haut: rosig,

Fettpolster: reichlich,

Bewegung: lebhaft,

Stimme: laut,

Ohren und Nase: knorpelig,

Fingernägel: überragen,

Schamlippen: bedecken,

Fontanellen, Nähte, normal weit,

Schädelknochen: hart.

Maße:

Schulterdurchmesser 14 cm – Schulterumfang 36 cm,

Brustdurchmesser 10 cm – Brustumfang 34 cm,

Hüftendurchmesser 10 cm – Hüftumfang 31 cm,

Kopfdurchmesser gerade 12 cm,

Kopfdurchmesser großer querer 10 cm,

Kopfdurchmesser kleiner querer 8 cm,

Kopfdurchmesser großer schräger 13 cm,

Kopfdurchmesser kleiner schräger 11 cm,

Kopfumfang großer 39 cm,

Kopfumfang kleiner 33 cm,

Kopfumfang gerader 35,5 cm.

Das Kind entspricht nach seinen Reifezeichen und Maßen einer vollausgetragenen Gravidität, mit der auch der tatsächliche Geburtstermin am 1. Februar 1958 übereinstimmt, welcher sich nach dem 1. Tag der letzten Menstruation, dem 28. April 1958 nach der Nageleschen Regel für den 5. Februar 1958 errechnet oder bei kalendermäßiger Auszählung einer Tragzeit von 280 Tagen auf den 2. Februar 1958 fällt.

Ein Kind aus einer Kohabitation post operationem nach dem 15. Juli 1957 (1. Verkehr p. op.) hätte seinen Niederkunftstermin bei voller Tragzeit von 280 Tagen am 21. April 1958 und könnte bei seiner Geburt am 1. Februar 1958 nicht die vorseitig beschriebenen Reifezeichen aufweisen, da ihm noch 79 Tage zu seiner Reifung fehlen. Zur Zeit der Operation am 5. Juni 1957 muß also die uterine Schwangerschaft bereits bestanden haben und zwar im Anfang des 2. Monats, die jedoch nicht diagnostiziert wurde, da die Tubenschwangerschaft

ganz im Vordergrund stand. Es bestand also eine gleichzeitige Intra- und Extrauterin gravidität, wobei die intrauterine trotz geringer Genitalblutung und Operation ausgetragen wurde, nachdem die extrauterine Schwangerschaft operativ beseitigt worden war.

Ein nicht so günstiges Ergebnis hatte der zweite Fall.

Fall 2

A. W. — 28 Jahre — III. Gravida

Anamnese: Familienanamnese o. B., persönliche: als Kind Keuchhusten, Geburten: 2, Fehlgeburten: keine.

Menarche mit 12 Jahren. Menses alle 24 Tage, 7 dauernd, normal.

Jetzige Beschwerden: Seit Tagen ziehende Schmerzen im rechten Unterleib. Folgende Periode eine Woche später und nicht mehr so stark, mehr bräunlich. LR. 24. April 1958 (normale). Blähungen, Miktion o. B.

Befund: AZ, Herz und Lunge, Abdomen o. B.

Vaginalbefund: Keine Blutung. Uterus: klein, derb, rechts neben dem Uterus teigige, druck-schmerzhafter Stelle. Lufungschmerz. Blutbild: Erythrozyten 4,5 Mill., Leukozyten: 9600, Hb. 90%.

Diagnose: Verdacht auf Extrauterin gravidität.

Therapie: Expectativ.

Am 3. Juni 1958 starke Schmerzen. Nachuntersuchung: Uterus retroflektiert, teilweise fixiert. Rechtes Parametrium infiltriert, rechte Adnexe verdickt. Extrauterine nicht 100%ig auszuschließen. Weiter gewartet. 6. Juni 1958: Befund bessert sich. Links noch diffuse Infiltration. Uterus vergrößert. Verdacht auf intrauterine Schwangerschaft mens I und Parametritis sinistra, Abortus imminens. Keine Tubargravidität. Unter exspektativ, konservativer Behandlung mit Antibiotika besserte sich der Befund und man nahm Adnexitis sinistra bei Graviditas mens I als erwiesen an. Entlassung am 18. Juni 1958 bei gutem Wohlbefinden.

Wiederaufnahme 5 Tage später am 23. Juni 1958 in kollabiertem Zustand. Seit dem Vortage wieder Blutung und diffuse Schmerzen im Unterleib. Befund: leichte Genitalblutung. Uterus vergrößert nach rechts gedrängt. Links daneben wölbt sich der Douglas ziemlich stark vor. Erythrozyten 3,2 Mill., Hb 70 %. Diagnose: Tubarruptur. Sofortige Operation. In Eunarkon-Narkose unterer Mediänschnitt. Bei Eröffnung des Peritoneums findet sich sehr viel Blut in der freien Bauchhöhle. Nach Hervorluxieren des Uterus findet sich eine rupturierte Tubargravidität links. Die linke Tube wird zusammen mit dem verbackenen Ovar abgesetzt. Versorgung des Wundbettes. Toilette des Bauchraumes. 250 ccm Tutofusin in die freie Bauchhöhle. Typischer schichtweiser Verschluss der Bauchdecken. Postoperativer Verlauf zufriedenstellend. Am 26. Juni wird nach wehenartigen Schmerzen ein 2 cm langer Foet spontan ausgestoßen. Da sich dem Abortus eine länger anhaltende Blutung anschließt, die nicht von selbst steht, wird eine Cüretta-g durchgeführt. Die leichte Abrasio ergibt reichlich Material und einen Polypen. Anschließend erholt sich die Patientin gut und wird mit einer p. p. verheilten Wunde auf eigenen Wunsch am 11. Juli 1958 entlassen.

Histologischer Befund (Prosektor des Städtischen Krankenhauses Bamberg).

1. Material: Tube und Ovar; Befund: In den Blutkoageln der geplatzten Tube finden sich bei der histologischen Untersuchung Plazentarzotten. Das zystisch degenerierte Ovar enthält ein echtes Corpus luteum graviditatis.

Diagnose: Tubargravidität, zystisch degeneriertes Ovar.

2. Material: Abrasio. Befund: Die histologische Untersuchung ergibt nekrotische Decidua und Plazentarzotten. Die Zotten sind teilweise etwas schleimig degeneriert.

Diagnose: Nekrotische Abortreste.

Dieser zweite Fall nahm leider einen nicht so erfreulichen Ausgang wie der erste; denn durch die Entfernung des linken Ovars in dem sich das Corpus luteum graviditatis fand, war die intrauterine Schwangerschaft, welche ja noch sehr jung war, zum Absterben verurteilt.

Auch in vielen anderen Fällen, bei denen der Gelbkörper nicht operativ entfernt wurde, kam es zum Spontanabort nach der Operation.

Synoptische Tabelle

Abkürzungen:

IU	=	Intrauterin gravidität, intrauterin,
EU	=	Extrauterin gravidität, extrauterin,
Gen.	=	Genesung,
Grav.	=	Gravidität,
Op.	=	Operation,
Lap.	=	Laparotomie,
a. part.	=	ante partum,
p. part.	=	post partum,
p. ab.	=	post abortum,
i. ab.	=	intra abortum,
a. op.	=	ante operationem,
i. op.	=	intra operationem,
p. op.	=	post operationem,
Corp. lut. grav.	=	Corpus luteum graviditatis.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
1	Girschow (n. Fingova) 1909/1913	22 Jahre I-para	mens IV	mens IV	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
2	Müller J. 1913	—	—	—	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
3	N. L. L. 1913	25 Jahre	ungefähr 3 Monate	ungefähr 3 Monate	tot	durch Cürettage zerstört	bei Autop- sie gefund.
4	Claverie 1913	üb. 24 Jahre 1 Geburt	—	—	Gen.	Abort a. op.	operativ entfernt
5	Fingova N. (Weiß u. Sencert) 1913	38 Jahre 1 Geburt	3 Monate	3 Monate	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
6	Brackett E. S. (n. Stein) 1913	40 Jahre II-para	—	—	Gen.	Abort	operativ entfernt
7	Bogdanovics A. 1914	28 Jahre 2 Geburten 1. Zwillling (tot)	ausgetragen mens IX	ausgetragen mens IX	Gen.	lebender Knabe	lebendes Mädchen (stirbt n. Geburt)
8	Keller 1914	—	besteht weiter	3 Monate	Gen.	besteht weiter	operativ entfernt
9	Grote 1914	28 Jahre	—	—	Gen.	Abort a. op.	operativ entfernt
10	Everke 1914	—	—	—	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
11	Frankenstein 1914	—	—	—	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	-	Tube	Entfernung der Tube von der Scheide aus.	Der Fall ist in den Arbeiten v. Neugebauer nicht enthalten.
-	-	linke Tube Ruptur	Lap. mit Exstirpation d. linken Tube. Digitale Entfernung des spontan gelösten Eies.	Sitzungsprotokoll keine näheren Angaben.
Innere Ver- blutung	IU bei Cürettage, EU bei Autopsie	rechte Tube Ruptur	Cürettage	Verblutungstod ehe Operation möglich war.
-	IU durch Plazentar- retention bei Abort bestätigt, EU Becken- phlegmone oder Hä- matozele vermutet. Douglas-Punktion positiv	rechte Tube	Cürettage, heiße Spülungen, Zinkchlorid, Jo- doformtamponade, Drainage.	Heftige peritoneale Reaktion, Blasen- ruptur.
-	IU bei beginnendem Abort. EU 13 Tage später retrouterine Hämatozele festge- stellt.	rechte Tube Abort	Abortausräu- mung, Colpoto- mie, Drainage, Vaginal-Tam- ponade.	Zweifach veröffent- licht.
-	-	rechte Tube Ruptur	Laparotomie	Keine Einzelheiten.
-	Am Tage nach der Geburt vom Arzt EU erkannt, Klinikein- weisung.	linke Tube abdominales Ende	Lap. mit Ent- wicklung der EU-Frucht.	Zwillingsanamnese. Patientin kommt erst nach 22 Tagen in die Klinik. EU-Kind stirbt sofort nach der Geburt.
-	-	rechte Tube	Operation der Tubargravidität.	Referat. Keine wei- teren Angaben.
-	Ovarialtumor ver- mutet. P. ab. EU i. op. erkannt.	rechte Tube Isthmus	Cürettage, Lap. mit Exstirpation der rechten Tube.	1 Corp. lut. links. Äußere Überwande- rung.
-	EU erkannt, IU bei Operation vermutet, durch Abort bestätigt.	linke Tube	Lap. mit Exstir- pation der lin- ken Adnexe. Cürettage nach Abort.	-
-	Uterusvergrößerung für synchrone Hy- pertrophie gehalten.	-	Laparotomie	In der Diskussion über den Fall Ever- ke aus dem Ge- dächtnis erwähnt.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
12	Prismar 1914	31 Jahre 6 Geburten	mens IV-V	mens II-III	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
13	Prismar 1914	26 Jahre 2 Geburten	mens II-III	mens II	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
14	Herzfeld 1914	-	ausgetragen	ausgetragen	Gen.	reife Spon- tangeburt	operativ entfernt
15	Gibson M. J. 1914	36 Jahre 7 Geburten 2 Aborte	2 Monate	2 Monate	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
16	Jung 1914	33 Jahre VI para	6 Wochen	6 Wochen	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
17	Lange J. 1915	-	ausgetragen	über 3 Monate	Gen.	lebender Knabe	operativ entfernt
18	Tandberg O. 1915	29 Jahre 2 Geburten	ausgetragen	3 Monate	Gen.	lebend rei- fes Kind	operativ entfernt
19	Heymann J. 1915	31 Jahre 2 Geburten	besteht weiter	2 Monate	Gen.	besteht weiter	operativ entfernt
20	Macfarlane Wm. D. 1915	29 Jahre	ausgetragen	2 Monate	Gen.	ausgetragen	operativ entfernt
21	Du Bose F. G. (n. Novak) 1915	75 Jahre 7 Geburten	ausgetragen	ausgetragen	Gen.	reifes leben- des Mäd- chen	lebendes Kind
22	Limbacher R. 1916	-	mens IV	mens III-IV	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	EU erkannt. IU bei Op. vermutet.	linkes Ovar	Lap. Entfernung des linken Ovars.	Ovarialgravidität.
-	EU nach Ruptur er- kannt. IU nach Abort erkannt.	rechte Tube Isthmus	Lap. mit Ent- fernung der rechten Tube. Instrumentelle Ausräumung.	-
-	10 Tage nach Ent- bindung verspürte die Frau weitere Kindsbewegungen.	Ovar	Spontangeburt Lap. mit Ent- fernung der frisch abgestor- benen Frucht.	Zwei Tage nach- dem Pat. keine KBW mehr gespürt hatte, suchte sie die Klinik auf, in die sie schon vorher einge- wiesen war.
-	IU erkannt, EU erkannt.	rechte Tube	Lap. mit Ent- fernung der rechten Tube.	Richtige Diagnose!
-	EU erkannt. IU i. op. fiel Uterusver- größerung auf.	linke Tube Ruptur	Laparotomie	-
-	EU erkannt, i. op. Verdacht auf IU.	linke Tube Ampulle	Lap. mit Ent- fernung der lin- ken Tube, Ap- pendektomie, gleichzeitige Myomenuklea- tion.	-
-	EU diagnostiziert, ob- wohl IU erwogen war.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Entfer- nung der linken Tube.	P. op. wuchs der Uterus weiter. Kei- ne Genitalblutung aufgetreten.
-	IU mit geborstener EU oder IU mit stielgedrehtem Ova- rialtumor vermutet.	rechte Tube pars interstitia- lis	Lap. mit Entfer- nung der rech- ten Adnexe di- rekt aus der Uteruswand.	Interstitialgravidität. IU ging ungestört weiter. Richtige Diagnose.
-	EU erkannt. Über IU-Diagnose nichts erwähnt.	rechte Tube, unvollständiger Abort	Lap. mit Ent- fernung der rechten Adnexe u. der linken wegen Ver- änderungen.	Links u. rechts je ein Corp. lut. grav. die beide mit ent- fernt wurden; trotz- dem ging IU weiter.
-	Nach der Geburt des 1. Kindes Zwill- ing festgestellt (He- bamme). Lebende Abdominalgrav. (Arzt)	rechtes Ovar	Lap. zur Ent- wicklung des EU-Kindes.	EU-Kind war um zwei Ounces schwe- rer als IU-Kind. Bei- de leben noch nach 22 Monaten.
-	EU festgestellt und operiert. IU p. op. bei Abort erkannt.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Entfer- nung der linken Adnexe.	1 Corp. lut. grav. links zystisch veränd- ert. IU-Foet 8 cm, EU-Foet 1,5 cm.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
23	Unterberger F. 1917	42 Jahre 1 Geburt	besteht weiter	mens IV	Gen.	besteht weiter	operativ entfernt
24	Boldt H. J. (n. Novak) 1917	38 Jahre	mens III-IV	mens III-IV	tot	Spontan- abort a. op.	tot
25	Sullivan E. A. (n. Novak 1917)	42 Jahre 2 Geburten	ausgetragen	—	Gen.	lebender Knabe	operativ entfernt
26	Koumer B. J. 1918	29 Jahre VII-para	ausgetragen	mens IV	Gen.	lebendes Kind	operativ entfernt
27	Curtis A. H. (n. Novak) 1918	33 Jahre 2 Geburten	mens III	mens III	Gen.	operativ entfernt	operativ entfernt
28	Fenger M. 1919	38 Jahre 7 Geburten 2 Aborte	—	—	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
29	Nijhoff G. C. 1920	35 Jahre 5 Geburten 1 Abort	ausgetragen	mens III	Gen.	lebend rei- fes Kind	operativ entfernt
30	Leukins J. B. 1921	27 Jahre II-para	ausgetragen	6 Wochen	Gen.	lebendes Kind	vaginal operativ entfernt
31	Stropeni L. 1921	37 Jahre II para	ausgetragen	mens III	Gen.	totes Kind	operativ entfernt
32	Rolston C. M. 1921	29 Jahre	ausgetragen	mens I-II	Gen.	lebender Knabe	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	IU mens IV erkannt. EU bei Operation wegen Appendicitis akuta oder stielge- drehter Ovarial- tumor.	rechte Tube Ruptur	Lap., Exstirpa- tion der rechten Tube. Frucht lebt.	IU bestand bei Ver- öffentlichung wei- ter.
Sepsis	IU bei Abort er- kannt, EU nach In- zision im Douglas bei der Blut kam an IU und EU gedacht.	rechte Tube	Cürettage, Lap. dabei Embryo mit Plazenta gefunden.	Richtige Diagnose! Auf Grund des Kin- derwunsches wurde keine Operation durchgeführt.
-	Operation wegen Verdacht auf EU be- stätigte sich, dabei durch Druck auf den Uterus IU festge- stellt.	Tube	Lap. mit Entfer- nung des Foe- ten und Unter- bindung der blutenden Tube.	-
-	Wegen Verdacht auf Salpingitis tuberku- losa Op. ausge- führt; dabei EU erkannt.	rechte Tube Ruptur	Lap. mit Entfer- nung der rech- ten Tube.	Beide Eier aus einem Ovar, links kein Corp. lut. grav.
-	EU erkannt, IU bei der Operation.	linke Tube Ruptur vollständige	Lap., supravagi- nale Hysterektom- ie mit Entfer- nung der linken Adnexe.	Uterus enthielt ein Dutzend Fibroide. Ein Corp. lut. grav. rechts.
-	EU erkannt, IU bei Abort p. op.	Tube	Lap., Digitale Ausräumung des Abortes 14 Tage p. op.	-
-	EU erkannt. Bei Op. Uterus deutlich ver- größert. Bei Entlas- sung IU vermutet.	rechte Tube distaler Teil	Lap. mit Entfer- nung der rech- ten Tube.	Patientin hielt sich für gravid.
-	Anlässlich einer va- ginalen Op. wurde eine IU mens III festgestellt.	rechte Tube Ruptur	Vaginale Ope- ration der EU.	-
-	Aufnahme unter per- forierter Appendi- citis, Op. wegen Ileus, dabei EU er- kannt. 1 Monat p. op. IU mens V fest- gestellt.	rechte Tube Ruptur	Conservativ Op. wegen Ileus Salpingektomie rechts. Kranio- klasie wegen Hydrocephalus.	-
-	Wegen Verdacht auf EU operiert und die- selbe bestätigt. P. op. stellten sich bald sichere Schwangerschafts- zeichen ein.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Entfer- nung der lin- ken Adnexe (Ovar zystisch degeneriert).	-

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis		
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	lebens- des Kind	extraut. Frucht
33	Sippel A. 1922	39 Jahre 1 Geburt	ausgetragen	mens II	Gen.	reif	leben- des Kind	operativ entfernt
34	Schiche R. 1922	39 Jahre 6 Geburten 1 Abort	mens II-III	mens II-III	Gen.	Spontan- abort a. op.		operativ entfernt
35	Colistro C. P. (n. Novak) 1922	-	mens II-III	-	tot	Spontan- abort a. op.		operativ entfernt
36	Colistro C. P. (n. Novak) 1922	-	mens II-III	-	-	Spontan- abort a. op.		operativ entfernt
37	Berry J. A. 1923	26 Jahre 2 Geburten (einmalZwi- linge) 1 Abort	mens II-III	mens II-III	Gen.	Spontan- abort p. op.		operativ entfernt
38	Keyes J. M. 1923	29 Jahre 2 Geburten	mens II-III	mens II-III	Gen.	durch Cü- retage zer- stört		operativ entfernt
39	Duponchel 1923	32 Jahre 1 Geburt	mens III	mens III	tot	Spontan- abort p. op.		operativ entfernt
40	Taubmann (n. M. Auvray) 1923	-	mens II-III	mens II-III	-	Spontan- abort p. op.		operativ entfernt
41	Auvray M. 1923	34 Jahre 2 Geburten	mens II	mens II	Gen.	Spontan- abort a. op.		operativ entfernt
42	Rommelts R. 1923	26 Jahre 4 Geburten	ausgetragen	mens II-III	Gen.	reifes totes Kind		operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	Bei der Operation IU erkannt.	rechte Tube Ampulle	Lap. mit Ent- fernung der rechten Adnexe (Ovar serös- zystisch).	Ein Jahr p. op. Operation wegen linker geborstener Tubargrav.
-	IU durch Abort. Douglaspunktion d. gestasteten Tumors ergibt Blut. Op. we- gen Verdacht auf EU.	rechte Tube	Lap. mit Ent- fernung der rech- ten Adnexe.	-
starker Blutverlust	IU bei Abort, EU bei Lap.	Tube	Lap.	-
-	EU trotz Abort ver- mutet, wegen inne- rer Blutung.	Tube	Lap.	-
-	EU erkannt bei Op. wegen Uterusgröße Grav. mens III fest- gestellt.	linke Tube Ampulle Ruptur	Lap. mit Ent- fernung der lin- ken Tube, Keil- excision einer Ovarialzyste d. 1 Corp. lut. grav. enthielt.	Zwillingsanamnese: Schwester der Mut- ter hatte Zwillinge u. selbst auch. Zwei Corp. lut. grav. rechts.
-	EU erkannt, IU nicht vermutet. Bei Routi- necürettage vor Op. zerstört.	rechte Tube	Lap. mit Ent- fernung der rech- ten Adnexe, Ap- pentektomie. 5 Tage p. op. Ent- fernung d. IU- Plazenta.	Verfasser cürettierte immer bei EU a. op. zur Blutstillung.
Pelvi-Perito- nitis septica	IU angenommen, EU auf Grund innerer Blutung. Bei Op. nach Kolpotomie Uterus vergrößert, gravid.	linke Tube Ruptur	Kolpotomie, Lap. mit Ent- fernung des einen Foeten aus der Bauchhöhle und des zweiten mit der linken Tube.	3 Graviditäten! 2 extra, 1 intra.
-	EU festgestellt bei Op. Einige Tage p. op. Spontanabort d. unerkannten IU.	-	Laparotomie	-
-	IU-Abort in der Nacht a. op. EU diagnostiziert durch Haematocoele.	linke Tube Ruptur	Lap. mit subto- taler Hysterek- tomie wegen uterus fibroma- tosus.	-
-	EU diagnostiziert. IU bei Entlassung vermutet; Uterus deutlich vergrößert.	rechte Tube Ruptur	Laparotomie	-

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
43	Paroli G. 1923	33 Jahre VII-para	mens III besteht weiter	mens III	Gen.	besteht weiter	operativ entfernt
44	Paroli G. 1923	31 Jahre II-para	mens V	mens V	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
45	Turolt M. 1924	-	mens II	mens II	Gen.	durch Cü- rettage ent- fernt a. op.	operativ entfernt
46	Nash G. 1924	31 Jahre Geburten	mens II	mens II	Gen.	operativ entfernt	operativ entfernt
47	Aurelio A. 1924	-	n. M. d. Verf. 3 Wo.	wenig mehr als 3 Mo- nate	-	entfernt durch Cü- rettage a. op.	operativ entfernt
48	Reeb M. 1924	36 Jahre 1 Geburt	mens VI	mens III	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
49	Matthews A. A. (n. Novak) 1924	26 Jahre	besteht weiter	mens II	Gen.	besteht weiter	operativ entfernt
50	Michel G. Vermelin H. 1925	26 Jahre	mens II-III	mens III-IV	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
51	Guilleminet 1925	37 Jahre	-	-	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	EU durch retrouteri- ne Haematocoele er- kannt. IU mens III bei Op. festgestellt.	linke Tube	Lap. mit Entfer- nung der linken Tube.	-
-	P. ab. der IU we- gen Verschlechte- rung des AZ Op. wegen Verdacht auf EU.	rechte Tube	Lap. mit Entfer- nung der rech- ten Tube.	-
-	IU erkannt, EU so- fort gestellt und durch Kolpotomie gesichert.	rechte Tube	Cürettage, Lap. mit Entfernung der rechten Tube.	Richtige Diagnose! Sitzungsprotokoll enthält keine weite- ren Angaben.
-	EU erkannt, IU im Op.-Präparat gefunden.	rechte Tube Ruptur pars interstitialis.	Lap., Suprava- ginale Hystere- ktomie wegen zu großer Beteili- gung des Uterus	Interstitialgravidität. Verfasser hält IU für nur 6 Wochen alt und stellt die Fra- ge, ob beide Grav. gleichzeitig began- nen. Superfödation.
-	-	rechte Tube Ruptur	Cürettage, Lap.	IU-Ei Größe einer kleinen Nuß, weni- ge mm großer Emb- ryo im Innern. EU- Foet 15 cm lang, 135 g schwer. Ver- fasser glaubt an Su- perfödation.
-	EU als Tubarruptur bei Op. IU weder bei Op. noch Entlas- sung festgestellt.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Entfer- nung der linken Adnexe. Manu- elle Plazentalö- sung durch den Hausarzt bei Abort, 3 Mona- te p. op.	-
-	Drohender Abort vermutet. 1 Monat p. op. IU klar er- kannt.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Entfer- nung der linken Tube.	-
-	IU festgestellt, durch Abort bestätigt. We- gen innerer Blutung sofortige Operation, dabei EU.	linke Tube Ruptur Ampulle	Konservativ, Lap. m. Resek- tion der linken Tube, die ulce- rierten Tumor enthielt.	Seit 2 Jahren Be- handlung wegen haemorrhagischer Metritis.
-	IU bei Op. wegen Veränderung in Größe und Konsi- stenz des Uterus. EU erkannt.	linke Tube Ruptur in zwei Teile	Konservative Be- handlung einer Salpingitis. Lap. mit Entfernung der linken Tube, Drainage. Cü- rettage.	Keine Genitalblu- tung, 3 Wochen spä- ter Douglastumor, Op. 4 Wochen spä- ter Entlassung, Wie- deraufnahme wegen Abort, Infektion, Heilung.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
52	Aymerich G. 1925	39 Jahre 3 Geburten 2 Aborte	—	—	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
53	Maury J. M. 1925	35 Jahre	auf 13 Wochen geschätzt	auf 6 Wo- chen ge- schätzt	tot	tot	tot
54	Fritzgerald G. 1925	32 Jahre IV-para	ausgetragen	mens II-III	Gen.	lebendes Kind	operativ entfernt
55	Page Ferey (n. Novak) 1925	33 Jahre I-para	ausgetragen	—	Gen.	lebend reifes Kind	operativ entfernt
56	de Aranjio L. (n. Novak) 1925	26 Jahre I-para	ausgetragen	ausgetragen	tot	lebendes Kind Exi- tus nach 24 Stunden	lebendes Kind
57	Stiglbauer R. 1926	35 Jahre 1 Geburt 1 Abort	ausgetragen	mens II-III	Gen.	reifer le- bender Knabe	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
—	IU bei Abort. Wegen Enterorrhagie u. Vergrößerung des Adnextumors Op. dabei EU festgest.	rechte Tube	Instrumentelle Abortausräumung, Cürettage, Lap., mit Entfernung der rechten Adnexe.	Plazentarzotten hatten Darmschlinge durchwuchert. Fixation d. Darmschl. in die Bauchwand. Spontanheilung d. Fistel.
Lungentuberkulose	Sektionsbefund.	linke Tube	—	Superfödation angenommen. Zwei Corp. lut. grav. zeigen verschiedene Entwicklungsstadien.
—	IU war bekannt; bei Geburt Einriß einer für äußere Mm-Lippe gehaltene Masse. Blutung, 2 Tage später bei Op. EU gefunden.	Gegend des linken Lig. lat.	Nach Wehenstillstand spontane Steißentwicklung. Lap. m. Entfernung der EU-Frucht.	Superfödation. Foet war 1 inch lang. Anamnest. kein Anhalt für Tubarabort oder Ruptur. Entweder mußte die EU 8 Lunarmonate unresorbiert geblieben sein oder entstammt späterer Zeit, da nur mens II-III.
—	IU mens II festgestellt, wegen akuter Appendicitis operiert, dabei EU gefunden.	rechte Tube Ruptur	Lap. mit Entfernung der rechten Tube.	1 Corp. lut. grav. rechts.
15 Tage p. op. plötzlich gestorben. Ursache nicht angegeben.	IU bekannt. In der Fossa iliaca dextra ein Tumor, der ein Geburtshindernis darstellte. Daher wegen lebendem IU-Kind Op. dabei noch EU gefunden.	rechte Tube	Lap. mit Entwicklung des lebenden EU-Kindes. Supravaginale Uterusamputation, Resektion d. rechten Tube und des rechten Ovars.	Aufnahme nach Wehenbeginn u. Blasenprung; wegen starker Schmerzen keine genaue Untersuchung. Nach 3 Tagen Geburtsstillstand, zur Rettung des lebenden IU-Kindes Entschluß zur Op. Bei Lösung d. Adhäsionen wurde ein zweites Kind gefunden, in gutem Zustand das allein überlebte.
—	EU auf Grund von Haematocele retro-uterina erkannt. IU bei Operation. Uterus entsprach Grav. mens III.	rechte Tube Ampulle	Lap. m. Entfernung der rechten Adnexe. Behandlung zur Abortverhütung.	Je ein Corp. lut. grav. links und rechts.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
58	Hermans A. G. J. 1926	40 Jahre 5 Geburten	mens III	mens III	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
59	Barendrecht K. H. J. 1926	28 Jahre 2 Geburten	ausgetragen	mens I-II	Gen.	lebendes Mädchen	operativ entfernt
60	Novak E. 1926	35 Jahre	mens III	mens II	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
61	Novak E. 1926	22 Jahre	—	—	Gen.	durch Cü- rettage zer- stört	operativ entfernt
62	Furniß J. N. 1926	24 Jahre 2 Geburten	ausgetragen	mens I	Gen.	lebender Knabe und lebendes Mädchen	operativ entfernt
63	Schwarz A. 1926	—	mens I-II	mens I-II	Gen.	durch Cü- rettage entfernt a. op.	operativ entfernt
64	Hoffmann R. St. 1927	25 Jahre	mens II	mens II	Gen.	entfernt a. op.	operativ entfernt
65	Bergmann R. 1927	35 Jahre 1 Geburt	6 Wochen	8 Wochen	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	Geplatzte EU erkannt. IU bei Op. Frau hielt für gravid.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Entfernung der linken Tube. P. ab. instrumentelle Plazentaentfernung.	-
-	EU durch Douglaspunktion bestätigt, IU p. op. vom Hausarzt festgestellt bei mens IV.	linke Tube	Lap. m. Entfernung der linken Tube. Ärztl. Geburtsleitung wegen Plazenta praevia partialis.	Leichte Genitalblutung am Abend des Operationstages. Später Retroversio uteri festgestellt.
-	EU erkannt. IU nicht bei Op., erst bei Abort festgestellt.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Entfernung der linken Tube.	Das Fehlen der Genitalblutung wird auf die Anwesenheit der IU in utero zurückgeführt.
-	IU ebenso gut wie EU links, da Uterus vergrößert.	linke Tube Fimbrienende Abort	Cürettage wegen langanhaltender Genitalblutung vor der Lap. bei der die linke Tube entfernt wurde.	-
-	IU bereits festgestellt. Genitalblutung für drohenden bei Op. wegen in Abort gehalten. EU nener Blutung festgestellt. IU bestätigt.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Entfernung der linken Tube.	3 Graviditäten. 2 intra, 1 extra.
-	IU festgestellt.	Abdominalgravidität.	Cürettage, Lap. Entfernung des Foeten von der Vorderfläche d. Rektums und der peritonealen Umschlagfalte.	Abdominalgravidität. 1923 Operation wegen EU links.
-	IU erkannt. EU vermutet durch Kolpotomie gesichert.	linke Tube uteriner Anteil	Ausräumung d. Uterus wegen anhaltender Blutung und schlechtem AZ; anschließend Lap. mit Entf. d. linken Tube.	Richtige Diagnose!
-	IU erkannt. EU p. ab. und anhaltender Blutung diagnostiziert.	rechte Tube Ampulle	Cervikaler Abort ausgeräumt. Lap. mit Entfernung der rechten Adnexe.	-

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
66	Pröse W. 1927	28 Jahre 3 Aborte	mens IV	mens IV	Gen.	durch Cürettage entfernt a. op.	operativ entfernt
67	Konuches M. 1927	23 Jahre 1 Geburt	mens II-III	mens II-III	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
68	Konuches M. 1927	29 Jahre 2 Aborte	ausgetragen	mens II-III	Gen.	bis mens VII beob.	operativ entfernt
69	Gilliam E. M. 1927	36 Jahre 5 Aborte 7 Geburten	ausgetragen	mens III	Gen.	lebend reifes Mäd- chen	operativ entfernt
70	Raggi A. J. 1927	26 Jahre 2 Aborte 3 Geburten	mens III	mens IV-V	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
71	Bermann S. 1927	—	mens V-VI	—	—	—	operativ entfernt
72	Brandon W. H. (n. Sloat u. Peterson) 1927	26 Jahre	ausgetragen	ungefähr 10 Wochen	Gen.	ausgetragen	operativ entfernt
73	Rulle P. H. 1928	38 Jahre 9 Geburten 1 Abort	mens II	mens II	—	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
74	Miller H. P. 1928	37 Jahre 3 Geburten	ausgetragen	—	Gen.	lebend rei- fer Knabe	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	Gestörte IU und gleichzeitige EU richtig diagnosti- ziert. 2 Corp. lut. grav. links.	linke Tube	Cürettage, Lap. mit Entfernung der linken Ad- nexe.	Richtige Diagnose! 1 Jahr p. op. nor- male Grav. mit le- bendem Kind.
-	EU diagnostiziert. IU p. ab. histolo- gisch gesichert.	rechte Tube Ruptur	Lap. mit Entfer- nung der rech- ten Tube.	-
-	EU erkannt. IU p. op. mens IV festge- stellt.	Tube Ruptur	Laparotomie	Patientin wurde bis mens VII vom Ver- fasser beobachtet.
-	Wegen akuten Bauch Op., dabei EU festgestellt. Uterus schien nor- male IU zu ent- halten.	rechte Tube Ruptur	Lap. mit Entfer- nung der rech- ten Adnexe und der Plazenta, die auf dem rechten Lig. lat. saß.	Sekundäre Abdomi- nalgravidität?
-	Wegen EU eingewie- sen. Diagnose auf drohenden Abort mit Entzündung der linken Tube. IU i. ab. EU bei Op. er- kannt.	linke Tube Abort	Lap. mit Entfer- nung der linken Tube.	1924 wegen Tubar- ruptur die rechten Adnexe entfernt.
-	IU bekannt, links EU mit gedrehtem Stiel und Dermoid- zyste des rechten Ovars bei Op. ge- funden.	links	Laparotomie	Keine Einzelheiten.
-	Wegen EU operiert.	rechte Tube Ruptur	Laparotomie	-
-	IU bei Abortus in- completus und EU wegen Haematocoele rechts erkannt.	rechte Tube Fimbrienende	Cürettage zur Beendigung d. abort. incompl. Lap. mit Entfer- nung d. abdo- minalen Endes (rechte Tube).	Richtige Diagnose! Zwei Corp. lut. grav., 1 rechts, 1 links.
-	EU vermutet, durch Douglaspunktion be- stätigt. IU erst spä- ter bei Fortdauer er- kannt.	rechte Tube Ruptur	Lap. mit Entfer- nung der rech- ten Adnexe.	-

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
75	Oastler F. R. 1928	28 Jahre 1 Abort (künstlich) 1 Geburt	mens V-VI	mens II geschätzt	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
76	Stein A. 1928	29 Jahre 2 Aborte	—	—	Gen.	operativ entfernt	operativ entfernt
77	Schubert G. 1929	26 Jahre	mens VII	—	Gen.	Frühgeburt totes Mäd- chen	8 cm Foet operativ entfernt
78	Naujoks Versé 1929	41 Jahre	mens IV	mens IV	tot	tot	tot operativ entfernt
79	Thulin E. 1929	39 Jahre VII-para	mens V	mens I-II	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
80	Thulin E. 1929	27 Jahre 2 Geburten	mens IV	mens III	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
81	Sunde A. 1929	24 Jahre	ausgetragen	ausgetragen	Gen.	lebend geborenes Mädchen	lebend ge- borener Knabe
82	Sunde A. 1929	39 Jahre 2 Geburten 6 Aborte	mens II-III	mens II-III	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
83	Meyer S. 1929	36 Jahre 2 Geburten	—	—	Gen.	Abort (kriminell- er) a. op.	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
—	EU bei Op. wegen innerer Blutung bestätigt. Verdacht auf IU wegen Erbrechen bestätigte sich.	links	Laparotomie	Keine Genitalblutung bis zum Abort.
—	EU festgestellt. IU bei Op. vermutet und bestätigt.	linke Tube	Lap. mit Entfernung der linken Adnexe. Hysterotomie zur Klärung d. Genitalblutung od. ob. IU besteht.	Starke Verwachsungen der EU. Die IU wurde spontan ausgestoßen. Plazenta mußte bereits gelöst gewesen sein.
Herzschwäche i. op.	IU durch Frühgeburt. EU bei Op.	rechtes Ovar	Lap. mit Entfernung der rechten Adnexe.	Ovarialgravidität mit Austritt des Foeten in die Bauchhöhle. Foetus papyraceus.
—	EU erkannt. IU post mortem festgestellt.	linker Tubenstumpf v. früh. EU-Op.	Lap. m. Entfernung der linken Tube.	4 Jahre vorher Op. wegen EU links. Interstitielle Grav. 2 Corp. lut. grav. rechts. Innere od. äußere Überwand.
—	EU erkannt u. operiert. IU erst beim Abort festgestellt.	rechte Tube Ruptur	Lap. mit Entfernung der rechten Tube. Ausräumung der IU.	—
—	IU mens II mit Torsion der linken Adnexe oder gleichzeitige EU.	linke Tube Isthmus Abort	Lap. mit Entf. d. linken Tube u. des Uteruswinkels. Abortausräumung.	Diagnose! 1 Corp. lut. grav. rechts.
—	IU klar zu erkennen. Tumor im Douglas für Kind gehalten, bei Op. bestätigt.	rechte Adnexe Plazenta saß auf d. Hinterfläche d. Lig. lat und Beckenwand.	Lap. mit sectio caesarea für IU, anschließend Entwicklung der EU. Entfernung der rechten Adnexe.	IU stirbt 5 Stunden, EU mit Klumpfüßen 5 Minuten nach der Geburt. — Zwei Jahre später lebend reifes Kind geboren.
—	IU durch Abort bewiesen, trotzdem an EU gedacht, die sich bei Op. bestätigte.	rechte Tube	Lap. mit Entfernung der rechten Tube.	1 Corp. lut. grav. links.
—	Abortus incompletus nach Abtreibung. EU erkannt und bei Op. bestätigt.	linke Tube Ruptur	Cürettage, Lap. mit Entfernung der linken Tube.	Richtige Diagnose! Trotz Abort an EU bei innerer Blutung gedacht.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
84	Meyer S. 1929	35 Jahre	—	—	Gen.	durch Cürettage zerstört	operativ entfernt
85	Borfa G. 1929	31 Jahre 5 Geburten 2 Aborte	—	—	Gen.	Abort p. op.	operativ entfernt
86	Alamanni R. 1929	26 Jahre	mens I-II	mens II	Gen.	Abort a. op.	operativ entfernt
87	Parker E. C. 1929	29 Jahre II-para	6 Wochen	6 Wochen	—	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
88	Fornero A. 1929		ausgetragen	mens IV	Gen.	Spontan- geburt	operativ entfernt
89	Otto 1930	28 Jahre	—	—	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
90	Umanskaja R. 1930	—	—	—	Gen.	operativ entfernt	operativ entfernt
91	Job 1930	—	mens II	mens II	Gen.	irrtümlich entf. a. op.	operativ entfernt
92	Cotte G. Grangette 1930	37 Jahre 3 Geburten 1 Abort	besteht weiter	mens III	Gen.	besteht weiter	operativ entfernt
93	Costa R. 1931	26 Jahre II-para	ausgetragen	16 - 20 Tage	Gen.	ausgetragen	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	IU nach Cürettage histologisch festgestellt. Bei Op. wegen schmerzempfindlicher Masse hinter d. Uterus EU gefunden.		Lap., vorher Cürettage zur Entfernung des ab. incompl.	Um einen ab. incompl. mit Sicherheit auszuschließen erfolgte die Abrasio.
-	EU erkannt. IU bei Abort.	Tube Ruptur	Lap., Ausräumung des Abortes.	-
-	IU mit leichter Adnexitis. Wegen innerer Blutung Op., ergab EU.	linke Tube	Entfernung eines 35 bis 40 Tage alten Eies, Lap.	Äußere Überwandung. 1 Corp. lut. grav. rechts.
-	EU erkannt. 5 Tage p. op. Spontanabort der IU.	linke und rechte Tube	Lap.	3 Graviditäten, 1 links, 1 rechts, 1 intra.
-	EU erkannt.	Tube Isthmus	Lap., 3 fache Stieldrehung dabei gefunden.	-
-	EU operiert. 3 Wochen später Stückblutung mit Plazentaresten.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Entfernung beider Tuben. Ausräumung des Abortes.	Sitzungsprotokoll enthält keine näheren Angaben.
-	IU mit zystischem Ovar führte zur Op. dabei EU festgestellt.	linke Tube Ruptur	Lap. m. Entf. nung der linken Tube Sectio parva.	IU-Frucht durch sect. parv. entfernt, auf Wunsch d. Pat., die Schwangerschaft nicht austragen wollte.
-	Wegen Uterusvergrößerung und Genitalblutung IU Abort angenommen. Linker Adnextumor als Pyosalpinx aufgefaßt. Op. dabei EU gefund.	linke Tube Ruptur	In Abortannahme Uterus entleert. Lap. mit wahrscheinlicher Entfernung der linken Tube.	-
-	IU u. Appendicitis EU vermutet. Uterus jedoch vergrößert. Gleichzeitige IU u. EU.	linke Tube Ruptur	Konservativ, Lap. mit Entfernung der linken Tube, Appendektomie.	Riß in Colon bei Lösung der damit verwachsenen Tube. Heilung. Richtige Diagnose.
-	5 Monate p. op. Grav. mens VII festgestellt. Innere Blutung durch Douglaspunktion bestätigt Op.	linke Tube Ruptur	Lap., dabei EU gefunden.	IU war unbekannt, da keine Zyklusstörung eingetreten war.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
94	Weintraub A. S. 1931	38 Jahre 2 Geburten	mens VIII	mens VIII	Gen.	lebendes Mädchen	lebendes Mädchen
95	Modiano M. A. 1931	22 Jahre 1 Geburt	mens II	mens II	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
96	Perdu Ch. 1931	24 Jahre 1 Geburt 2 Aborte (einer künst- lich)	bis mens V beobachtet	mens II-III	Gen.	besteht weiter	operativ entfernt
97	Helfand N. 1931	30 Jahre 2 Geburten 2 Aborte (künstlich)	mens II-III	mens II	Gen.	durch Cürettage entfernt a. op.	operativ entfernt
98	Franchini A. 1931	—	mens II	—	—	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
99	Poeck E. 1931	21 Jahre	besteht weiter	mens V	Gen.	besteht weiter	operativ entfernt
100	Buchaly F. 1932	32 Jahre multi-para	—	—	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
101	Adeodato filho 1932	23 Jahre	—	—	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
102	White C. 1932	32 Jahre 1 Geburt 1 Abort	ausgetragen	mens III-IV	Gen.	lebend reifes Mädchen	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	Zwillingsgrav. festgestellt. Nach Geburt des 1. Kindes EU für das 2. vermutet, durch Röntgen bestätigt.	Plazenta mit Colondescend. Rektum, Aorta verwachsen.	Lap. nach Spongantgeburt. Lösungsversuch der Plazenta ergab heftige Blutung. Einnähen des Fruchtsackes. Spontane Ausstoßung der Plazenta, Heilung.	Abdominal Grav. Mutter und beide Kinder lebend aus der Klinik entlassen. IU-Kind mit bemerkenswerter Deformierung der Beine.
-	IU festgestellt. Verdacht auf EU nach Abort.	rechte Tube Ruptur	Manuelle Plazentalösung, Cürettage, Lap. mit Entfernung der rechten Adnexe, Appendektomie.	Richtige Diagnose nach Abort. Zwillingsanamnese.
-	IU festgestellt. Aufnahme wegen Appendicitis akuta. Op. dabei EU gefunden.	rechte Tube vollständiger Abort.	Lap., Uterus gravid, nicht verletzt. Resektion der rechten Tube.	Bei beiden Aborten manuelle Plazentalentfernung.
-	Diagnose schwankte zwischen IU und EU oder zwischen beiden. Probepunktion bestätigt EU.	linke Tube	Cürettage, Entfernung eines nichtbeschädigten Eies mens II, Lap. mit Entfernung der linken Adnexe und der rechten Tube.	Verfasser beansprucht richtige Diagnose für sich.
-	EU erkannt, IU wahrscheinlich erst bei Abort.	Tube Ruptur	Lap. mit Entfernung der rupturierten Tube.	-
-	IU mens VI war bekannt. Op. wegen Appendicitis, dabei EU gefunden.	rechte Tube Ampulle.	Lap. mit Entfernung der rechten Adnexe.	-
-	Diagnose von der Klinik gestellt. Histologisch bestätigt.	-	Lap. mit Tubenresektion.	Sitzungsprotokoll.
-	IU durch Spontanabort. 14 Tage später bei Op. wegen Ovarialtumor EU gefunden.	linke Tube und Ovar	Lap. mit Entfernung der linken Adnexe.	Beide Eier werden auf ein Alter von einem Monat von Verfasser geschätzt.
-	EU erkannt, wegen schlechtem AZ keine genaue Untersuchung, sofortige Op. dabei Verdacht auf IU geäußert.	linke Tube	Lap. mit Entfernung der linken Tube.	-

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
103	Wilson J. St. G. 1932	32 Jahre 3 Geburten	ausgetragen	mens II	Gen.	lebend reifes Kind	operativ entfernt
104	Revoltella G. 1932	-	ausgetragen	-	Gen.	lebendes Kind	operativ entfernt
105	Revoltella G. 1932	-	ausgetragen	-	Gen.	lebendes Kind	operativ entfernt
106	Wolff K. 1932	38 Jahre	mens III	mens III	Gen.		operativ entfernt
107	Crimieni V. 1932	32 Jahre I-para	5 Monate	5 Monate	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
108	Dartigues 1932	29 Jahre I-para	ausgetragen	mens II	Gen.	lebend reifer Knabe	operativ entfernt
109	Gemell A. A. Leith Murray H. 1933	34 Jahre 1 Geburt 1 Abort	mens III	mens III	Gen.	operativ entfernt	operativ entfernt
110	Gemell A. A. Leith Murray H. 1933	35 Jahre 2 Geburten	ausgetragen	mens II-III	Gen.	lebend reifes Kind	operativ entfernt
111	Fournier R. 1933	20 Jahre II-para	besteht weiter	-	Gen.	besteht weiter	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	EU diagnostiziert und operiert. Der Uterus war größer und weicher als normal; Verdacht auf IU.	linke Tube Abort	Lap. mit Entfernung der linken Tube.	1 Corp. lut. grav. rechts, 1 links, zweifelhaft.
-	EU leicht erkannt. Größe d. Uterus und zwei Corp. lut. grav. wiesen auf IU hin.	Tube Fimbriierende	Lap. mit Entfernung des peripheren Tubenanteils. Ruhigstellung d. Uterus durch Opiate zur Abortverhütung.	-
-	EU leicht erkannt. Größe des Uterus und zwei Corp. lut. grav. wiesen auf IU hin.	Tube pars interstitialis	Lap. mit Entfernung der Tube. Ruhigstellung d. Uterus durch Opiate zur Abortverhütung.	-
-	Op.-Befund: Uterus faustgroß, gravid, subseröses Myom, 4 Monate alter Foet.	linke Tube	Laparotomie	-
-	EU erkannt, intra op. im vergrößerten Uterus IU getastet.	rechte Tube	Laparotomie	-
-	Wegen Verdacht auf rupturierte EU oder stielgedrehte Ovarialzyste Op. wegen Uterushypertrophie, dabei Verdacht auf IU.	linke Tube Ruptur	Konservative Behandlung wegen vermuteter Peritonitis. Lap. mit Entfernung der linken Adnexe.	1 Corp. lut. grav. links. Menses immer unregelmäßig, 14 Tage vorher Genitalblutung.
-	EU erkannt, IU a. op. vermutet.	linke Tube	Lap. mit Entfernung der linken Tube und Entleerung des Uterus.	Richtige Diagnose.
-	EU diagnostiziert. I. op. fiel die Größe des Uterus auf.	linke Tube Ampulle	Lap. mit Entfernung der linken Tube.	Patientin blutete drei Tage p. op. Trotzdem kein Abort.
-	EU bei Lap. festgestellt. Uterus vergrößert, IU nicht erkannt. 8 Tage nach Entlassung b. Nachuntersuchung Grav. mens. IV.	rechte Tube	Lap. mit Entfernung der rechten Adnexe.	-

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
112	Lafferty H. D. 1933	32 Jahre 3 Geburten 1 Abort	mens II-III	mens II-III	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
113	Smith L. 1933	21 Jahre 1-para	5 Monate	4 Monate	Gen.	Spontan- abort p. op.	unreifer toter Knabe entfernt
114	Shoji T. 1933	35 Jahre III-para	7 Wochen	7 Wochen	-	Spontan- abort	operativ entfernt
115	Podleschka K. 1934	33 Jahre	ausgetragen	-	Gen.	lebend reiter Knabe	operativ entfernt
116	Fabian H. 1934	25 Jahre 1 Geburt 1 Abort	mens IV	mens IV	tot	tot	tot
117	Massiah H. G. 1934	30 Jahre 1 Geburt	-	18 Wochen	Gen.	-	operativ entfernt
118	Lenczowski J. 1934	-	ausgetragen	6 Wochen	Gen.	lebend reite Zwillinge	operativ entfernt
119	Batisweiler J. 1934	25 Jahre 2 Geburten 2 Aborte	ausgetragen	-	Gen.	lebend reifes Mädchen	operativ entfernt
120	Tomasi Luige (n. Sloat u. Peterson) 1934	3 Geburten 3. Geburt Zwillinge 2 Aborte	mens II	mens II	-	operativ entfernt	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
—	Abortus imminens bei Uterus fibromatosus. Op. entdeckt EU, Palpation d. vergrößerten Uterus ließ an IU denken.	linke Tube drohender Abort	Lap. mit Entfernung der linken Adnexe.	Supravaginale Hysterektomie geplant, wegen vermuteter IU nicht ausgeführt.
—	IU war bereits bekannt. Einweisung als Grav. mens IV mit rupturierter EU links.	linke Tube	Lap. mit Entfernung der linken Tube.	Richtige Diagnose! Symptome von Syphilis. 3 Graviditäten, 1 extra, 2 intra, (1 männl., 1 weibl.) Abort, 1 Monat p. op.
—	Abortus bei normaler IU und EU.	rechte Tube	Lap. mit Entfernung der rechten Tube.	Richtige Diagnose!
—	Op. erfolgte unter Annahme einer EU oder Myom bei IU oder Ovarialtumor und IU.	rechte Tube Ampulle	Lap. mit Entfernung der rechten Tube.	Superfödatio. Je 1 Corp. lut. grav. rechts und links. Weitere Ovulation wird angenommen, da trotz IU 3 mal zu den Menstruationstermin leichte Genitalblutungen sich einstellten.
Verblutung nach Ruptur d. EU. Selbstmordversuch.	Nicht gestellt. Annahme v. Verwachsungen nach Appendektomie, Darm- od. Netzeinklemmung, Nieren-, Uretersteine.	rechte Tube	Op. verweigert. Mann drohte m. Selbstmord, der von beiden versucht wird. Sektion.	1 Corp. lut. grav. links.
—	EU operiert, dabei Uterus vergrößert entsprechend mens III-IV.	rechte Tube Fimbrienende	Lap. mit Entfernung der rechten Adnexe.	Pat. hatte ungestörten p. op. Verlauf. Wahrscheinlich Fortbestand der IU, keine Angaben.
—	—	Tuboabdominaler Sitz Ruptur d. Tube	Lap. der Tubenruptur	3 Graviditäten. 1 extra, 2 intra.
—	EU als Tubarabort festgestellt. Bei Op. an IU gedacht. Bei Nachuntersuchung festgestellt.	rechte Tube Abort	Lap. mit Entfernung der rechten Tube.	—
—	Wegen EU oper., im Operationspräparat IU gefunden.	Tube Ruptur	Lap. mit Entfernung der Tube, Supravaginale Hysterektomie.	Zwillingsanamnese.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
121	Casanelles R. 1934	33 Jahre 1 Geburt (Zange)	mens III	—	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
122	Katz A. 1935	37 Jahre 1 Geburt 2 Aborte	mens II-III	mens II	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
123	Carl B. O. 1935	34 Jahre 2 Geburten 1 Abort	—	—	—	—	operativ entfernt
124	Matlin P. 1935	36 Jahre	mens VI-VII	mens II-III	Gen.	Frühgeburt	operativ entfernt
125	Basden M. M. 1935	28 Jahre III-para	ausgetragen	mens II-III	Gen.	lebendes Kind	operativ entfernt
126	Ciplijauskas J. 1935	33 Jahre	mens III-IV	mens III-IV	tot	tot	operativ entfernt
127	Ciplijauskas J.	36 Jahre 3 Geburten 2 Aborte	mens II	mens II	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
128	Levy G. 1935	38 Jahre 7 Geburten 2 Aborte	ausgetragen	mens I-II	Gen.	scheintotes Kind das stirbt	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	EU festgestellt. IU erst p. op. bei Abort erkannt.	rechte Tube Ruptur	Lap. mit Entfernung der rechten Tube. Myomenukleation Abortausräumung.	Verfasser nimmt gleichzeitige Ovulation an oder äußere Überwanderung, wenn beide Eier vom linken Ovar stammen. Subseröses Myom rechts als mech. Ursache d. EU.
-	EU festgestellt, bei Op. wegen Uterusgröße an IU gedacht.	linke Tube	Lap. mit Entfernung der linken Tube. Ausräumung des Cervikalabortes.	-
-	Diagnose nicht vermerkt.	linke Tube	Lap. mit Entfernung der linken Tube.	Im Rahmen einer Diss. über Tubargrav. angeführt.
-	EU erkannt. IU nicht festgestellt wegen großem Uterus myomatosus.	linke Tube	Lap. mit Resektion der linken Tube. Frühgeburt, 1 Steißblase	P. op. Zunahme des Leibesumfanges, Verdacht auf malign. Tumor. IU festgestellt.
-	Einweisung wegen drohendem Abort. Op. wegen infizierter Ovarialzyste, dabei EU neben IU.	rechte Tube	Lap. mit Entfernung des rechten Tubenendes.	-
Eine halbe Stunde p. op. an Blutverlust trotz Infusion v. 1 000 ccm NaCl-Lös.	IU mit Ovarialzyste rechts. Op. erfolgte bei Wiederaufnahme wegen sicherer innerer Blutung, dabei rupturierte EU gefunden.	rechte Tube Ruptur	Lap. mit Entfernung der rechten Tube.	Pat. hatte eine vorgeschlagene Op. wegen der Ovarialzyste abgelehnt und hat die Klinik auf eigenen Wunsch verlassen.
-	IU und Appendicitis akuta. Bei Wiederaufnahme p. ab. wurde wegen Adnextumor operiert, der sich als EU darstellte.	rechte Tube Ruptur	Konservative Behandlung; p. ab. Cürettage. Lap. mit Entfernung der rechten Tube.	Pat. verließ p. ab die Klinik und kehrte bei Wiederauftreten der Schmerzen zur Op. zurück.
-	EU erkannt. IU nicht erkannt. Erst bei Auftreten von Kindsbewegungen festgestellt.	rechte Tube	Lap. mit Entfernung der rechten Tube. Vorzeitiger Blasenprung, innere Wendung. Ex-traktion ohne Besonderheit.	36 Stunden Geburtsdauer, Wehenschwäche, Erschöpfung, Kind stirbt nach einigen Minuten.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
129	Van Tongeren F. C. 1935	37 Jahre	mens III	mens III	Gen.	durch Cürettage entfernt p. op.	operativ entfernt
130	Bendiek H. 1935	34 Jahre 7 Geburten davon eine tote Früh- geburt	mens II	mens II	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
131	Breiter L. 1935	36 Jahre III para	mens III-IV	mens III	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
132	Marjin S. 1936	—	fast ausge- tragen	—	Gen.	operativ entbunden	operativ entfernt
133	Marjin S. 1936	—	besteht weiter	—	Gen.	besteht weiter	operativ entfernt
134	Marjin S. 1936	—	—	—	Gen.	operativ unterbroch.	operativ entfernt
135	Otdel'now I. 1936	—	mens V	—	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
136	Otdel'now I. 1936	—	—	—	Gen.	künstlich unterbroch.	operativ entfernt
137	Giordano J. J. 1936	26 Jahre 3 Geburten	mens III	mens III	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
138	Bercianos M. 1936	26 Jahre multi-para	mens II-III	mens II-III	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	EU, oder IU mit stielgedrehtem Ovarialtumor.	rechte Tube Ruptur	Lap. mit Entfer- nung der rech- ten Tube. Cüret- tage mit Entfer- nung der bereits gelösten IU.	Bei Op. Tubenab- zeß gefunden, erst Histologie ergab EU.
-	A. op. abgegange- nes Gewebe für De- zidua gehalten. Hi- stologie ergibt IU. EU erkannt.	linkes Ovar	Lap. mit Entfer- nung des linken Ovars.	Ovarialgravidität. Kein Corp. lut. grav. links, auch nicht rechts gefunden.
-	EU erkannt und ope- riert. IU intra op. vermutet. 3 1/2 Wo- chen später bei Ent- lassung IU im be- ginnenden Abort er- kannt.	Tube Abort	Lap. mit Entf. der Tube durch Keilexcision. Dabei Austa- stung des Uterus erfolglos. Digi- tale Entfernung der IU. Relap. mit Hysterektomie.	Plazenta praevia isthmica. Bei Ent- fernung wurden tie- fere Schichten er- reicht. Bedrohliche Blutung erforderte die Relaparatomie.
-	EU festgestellt und operiert ohne IU zu erkennen.	Tube Abort	Lap. wegen Tu- barabort. Ope- rative Entbin- dung wegen Eklampsie kurz vor dem Termin.	-
-	Während der Op. der EU wurde IU festgestellt.	-	Lap.	IU konnte erhalten werden.
-	Während der Op. der EU wurde IU festgestellt.	-	Lap. der EU und operative Fruchtentfernung d. IU.	-
-	Op. wegen EU, da- bei IU festgestellt.	Tube Ruptur	Lap. d. EU	-
-	-	-	Lap. der EU Un- terbrechung der IU wegen Hy- peremesis.	-
-	EU erkannt, Op. da- bei Uterusgröße aufgefallen, mens III.	Tube Ruptur	Lap. der EU, Cürettage der IU.	24 Stunden p. op. starke Blutung mit der Foet ausgestos- sen wird.
-	Appendicitis akuta oder stielgedrehte Ovarialzyste bei IU führten zur Op. da- bei EU festgestellt.	rechte Tube Ruptur	Lap. mit Entfer- nung der rech- ten Adnexe, Cü- rettage p. ab.	4 Tage p. op. Auf- treten einer Geni- talblutung m. Abort.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
139	Nowak A. 1936	38 Jahre 3 Geburten 2 Aborte	2 Monate ?	2 Monate	Gen.	Spontan- abort a. Op.	operativ entfernt
140	Lefrancois Chr. 1936	36 Jahre 9 Geburten 1 Abort	ausgetragen	3-4 Monate	Gen.	ausgetragen	Foetus maceratus (mens III-IV) e
141	Guibal A. Louyot J. 1936	28 Jahre 1 Abort	besteht weiter	mens II	Gen.	besteht weiter	operativ entfernt
142	Arist J. D. 1936	38 Jahre 3 Geburten 1 künstl. Abort	mens II-III	mens II	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
143	Schürger S. 1936	—	mens II-III	mens II-III	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
144	Neumann H. O. 1937	20 Jahre 1 Abort	mens II-III	mens II-III	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
145	Neumann H. O. 1937	34 Jahre 7 Geburten	mens III	mens III	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
146	Bell A. C. 1937	35 Jahre	besteht weiter	mens II-III	Gen.	besteht weiter	operativ entfernt
147	Presser 1937	25 Jahre 1 Geburt	mens II-III	mens II-III	Ger.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
—	IU von 6 Wochen festgestellt. Aufnahme wegen drohendem Abort, nach Schmerzanfall Douglaspunktion, Op.	linke Tube Ruptur	Cürettage, Lap. mit Resektion der linken Tube und des linken Lig. lat.	Richtige Diagnose. Superfödatio. Foetenalter IU 6 Wochen, EU auf 3 Monate geschätzt.
—	IU verlief völlig normal. Seit mens II leichte Schmerzen rechts. Op. wegen vereiterter Zyste d. Lig. lat. dext. oder Pyosalpinx rechts.	rechter tuboabdominaler Sitz	Normale Entbindung, anschließend nach Ablieferung Lap. mit Entfernung des Adnextumors, in dem sich eine EU findet (Plazenta und Nabelschnur).	Tuboabdominalgravidität. Regelmäßig menstruiert, daher glaubt Verfasser an gleichzeitige IU u. EU mit Ruptur im 2. Monat.
—	EU vermutet und operiert. 1. Monat p. op. IU festgestellt.	rechte Tube Ruptur	Lap. mit Entfernung der rechten Adnexe.	Kinbewegungen vorhanden. Letzte Kontrolle im 7. Monat.
—	Zuerst IU mens II, dann EU und IU angenommen. Douglaspunktion bestätigt. EU.	rechte Tube	Lap. Cürettage.	Richtige Diagnose!
—	Zuerst EU erkannt und operiert. IU zwei Tage nach der Entlassung bei Abort festgestellt.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Entfernung der linken Tube.	—
—	IU-Abort mit Verdacht auf gleichzeitige EU links.	linke Tube Ampulle	Instrumentelle Ausräumung des Abortes, Lap. mit Abtragung des ampullären Abschnittes, Salpingostomatoplastik.	Richtige Diagnose! je 1 Corp. lut. grav. rechts und links.
—	Tubargrav. links diagnostiziert; nach Abgang d. Decidua, IU bei histologischer Untersuchung festgestellt.	linkes Ovar	Lap. mit Entfernung des linken Ovars.	Ovarialgravidität.
—	Frühe IU, retroversic uteri, Stieldrehung einer ovarialen Zyste.	linke Tube	Lap. bestätigt Diagnose und zusätzlich EU; linke Tube entfernt.	Bei der Veröffentlichung IU ungestört im 7. Monat.
—	EU erkannt, bei Op. Verdacht auf IU.	rechte Tube Ampulle	Lap. mit Entfernung der rechten Adnexe.	1 Corp. lut. grav. links. Man dachte an Decidua. Die histologische Untersuchung ergab IU.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Endergebnis		
			intra - uterin	extra -	Mutter	intraut. Frucht	extraut. Frucht
148	Hoffmann H. 1937	28 Jahre 1 Geburt	mens II-III	mens II-III	tot	tot	operativ entfernt
149	Rainey E. H. Sera G. A. 1937	37 Jahre 2 Geburten	mens III	mens III	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
150	Doi K. 1937	-	-	-	-	-	-
151	Bandurant F. (n. Vasicka u. Grable) 1937	-	ausgetragen	ausgetragen	Gen.	lebendes Kind	lebendes Kind
152	Huber H. 1938	31 Jahre 1 Frühgeb. 4 Aborte	mens II	mens II	-	operativ entfernt	operativ entfernt
153	Dolan E. J. 1938	28 Jahre	ausgetragen	mens II-III	Gen.	lebend reifes Kind	operativ entfernt
154	Moudry J. Tachezy R. 1938	-	mens VIII	mens II	Gen.	Frühgeburt	operativ entfernt
155	Moudry J. Tachezy R. 1938	-	mens II	mens II	Gen.	Interruptio	operativ entfernt
156	Sugasti J. A. 1938	27 Jahre 1 Geburt 1 Abort (künstl.)	mens IV-V	-	Gen.	Abtreibung im 4. Monat	operativ entfernt

Ursache	Diagnose	Sitz des extra-uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
der Mutter	wann? wie?			
Herzschwäche durch großen Blutverlust	Tubarruptur erkannt. Op. dabei IU-Verdacht bestätigt.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Entfernung der linken Tube Autopsie.	Richtige Diagnose! 1 Corp. lut. grav. links.
-	Nach Abort IU bewiesen. Intra op. EU (Zwillinge) erkannt.	rechtes Ovar	Lap. mit Entfernung der EU im rechten Ovar, die man als Tumor ansah. Cürettage.	3 Graviditäten. 1 intra, 2 extra. Ovarialgravidität
-	Normale IU mit Komplikationen von EU m. Ruptur und beidseitiger Cystoma ovarii.	Ruptur	-	Im Rahmen einer Statistik ohne Einzelheiten erwähnt.
-	-	Plazenta am Peritoneum die linke Uteruswand bedeckend	Lap. mit Lösungsversuch d. Plazenta. Wegen heftiger Blutung Hysterektomie.	Abdominalgravidität. IU-Kind stirbt nach 5 Tagen mit Zeichen von congenitaler Syphilis. EU-Kind lebt.
-	EU erkannt. Bei der Op. Uterusgröße und zwei Corp. lut. grav. IU bestätigt.	linke Tube pars interstitialis	Lap. mit Entfernung der grav. Tube ohne Eröffnung des Cavum uteri versucht, mißlingt. Supravaginale Absetzung des Uterus mit beiden Tuben.	Interstitielle Gravidität. 2 Corp. lut. grav. links. Ovarie beiderseits erhalten.
-	EU führte zu Op. Dabei wegen Vergrößerung des Uterus Verdacht auf IU.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Entfernung der linken Adnexe.	-
-	Op. wegen akuter innerer Blutung, dabei EU, zwei Monate p. op. IU-Grav. mens V festgestellt.	linke Tube	Lap. mit Entfernung der linken Tube.	Frühgeburt mens VIII mit beiderseitigen pes equinovarus.
-	IU unterbrochen, 5 Tage später wegen innerer Blutung op., dabei EU erkannt.	linke Tube Isthmus	Interruptio, Lap. der EU.	-
-	1. Abort, 2. Appendicitis, 3. EU drei Wochen später. Bei Op. IU mens II.	rechte Tube Ampulle Ruptur	3 Wochen konservativ behandelt. Lap. mit Entfernung der rechten Tube.	8 Tage nach Entlassung Grav. mens III festgestellt. Im 4. Monat durch Laminarstifte unterbrochen.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			infra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
157	Fingueroa Casas P. 1938	32 Jahre 1 Geburt	—	—	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
158	Sloat J. I. Peterson L. T. 1938	30 Jahre 4 Geburten	mens II	mens II	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
159	Marten M. E. Meyer L. M. 1938	26 Jahre 1 Geburt 1 Abort	mens II	mens II	Gen.	operativ entfernt	operativ entfernt
160	Davydov G. L. 1938	31 Jahre 1 Geburt	6 Wochen	10 Wochen	Gen.	Interruptio	operativ entfernt
161	Morse W. E. 1939	21 Jahre	ausgetragen	—	Gen.	lebend reites Mädchen	operativ entfernt
162	Rosenthal A. M. 1939	23 Jahre	ausgetragen	mens III	Gen.	lebendes Mädchen	operativ entfernt
163	Gerin-Lajoie L. 1939	28 Jahre 1 Geburt	—	—	Gen.	Spontan- abort 2 Ta- ge p. op.	operativ entfernt
164	Agostinelli E. 1939	39 Jahre 5 Geburten	mens III	mens III	Gerr.	Spontan- abort 2 Ta- ge p. op.	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	EU erkannt, intra op. Uterus gravid mens II erkannt.	linke Tube	Lap. mit Entfernung der linken Tube und der entzündlich veränderten rechten Adnexe, Appendektomie.	3 Wochen nach Entlassung Genitalblutung Abort.
-	Genitalblutung ließ Abort vermuten, plötzlicher Schock ergab EU, IU nicht vermutet.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Entfernung der linken Tube, Cürettage zur Entfernung von Präzentaresten.	-
-	EU klar erkannt. Uterus stark vergrößert. Bei Op. IU durch Inzision erkannt.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Entfernung der linken Tube, Inzision des Uterus, Entfernung des Foeten und der Plazenta.	Keine Angabe warum Inzision.
-	Innere Blutung wegen perforiertem Ulcus, Genitalblutung, ließ an EU denken, Douglaspunktion erfolglos.	rechte Tube Isthmus Ruptur	Interruptio, Lap. mit Entfernung der rechten Tube. 9 Tage p. op. Inzision eines Douglasabszesses.	Richtige Diagnose! EU erkannt trotz Interruptio vor 4 Wochen.
-	IU mit drohendem Abort, dann Appendicitis und IU, innere Blutung erzwang Diagnose EU. Bei 1. Nachuntersuchung IU festgestellt.	rechte Tube Isthmus Ruptur mit Spontanamputation	Lap. mit Entfernung der rechten Adnexe, Appendektomie.	Eine spätere zweite Grav. endete normal, 3. Abort, 4. Abort kompl. durch Salpingitis links m. Operation.
-	EU erkannt und op., nach der Entlassung Grav. Beschwerden, IU festgestellt.	rechte Tube Ruptur	Lap. mit Entfernung der rechten Tube, Appendektomie. Uterus vergrößert.	-
-	EU festgestellt. Bei Op. Uterus vergrößert, Annahme von IU.	rechte Tube Ampulle Ruptur	Lap. mit Entfernung der rechten Adnexe und der damit verwachsenen Appendix. Cürettage zur Entfernung d. Plazenta.	-
-	EU erkannt und operiert.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Entfernung der linken Tube.	

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
165	Clarke F. J. 1939	27 Jahre 1 eineiige Zwillings- geburt	mens II-III	mens III	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
166	Clarke F. J. 1939	29 Jahre 2 Geburten 1 Abort	ausgetragen	mens II-III	Gen.	lebender Knabe	operativ entfernt
167	Hayward J. D. (n. Mathieu) 1937	16 Jahre 1-para	ausgetragen	ausgetragen	Gen.	lebendes Kind	operativ entfernt als Stein- kind
168	Mathieu A. 1939	21 Jahre 1-para	4 Monate	—	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt als Stein- kind
169	Joseph P. S. 1940	—	besteht weiter	6-8 Wochen	Gen.	besteht weiter	operativ entfernt
170	Elkis H. B. Bowdle R. A. 1940	38 Jahre	mens II	ausgetragen	Gen.	Spontan- abort a. op.	reif operativ entfernt tot
171	Bernstein A. 1940	27 Jahre 1 Abort	ausgetragen	mens II-III	Gen.	ausgetragen lebendes Kind	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	Wegen Sondenlänge an IU gedacht, dafür EU zu groß. EU vermutet, durch Kolpotomie gesichert.	rechte Tube Ruptur	Behandlung der Lungeninfektion. Entf. der Plazentarreste, Lap. mit Ent. der rechten Adnexe.	Pat. vermißte vor 4-5 Monaten eine Regel; die folgenden waren normal. LR: drei Wochen vor Aufnahme.
-	EU erkannt und operiert. Uterus vergrößert. IU festgestellt bei neuem Klinikaufenthalt.	rechte Tube Ampulle Ruptur	Lap. mit teilweiser Entfernung der rechten Tube. 3 Monate später Entfernung einer Vaginalzyste.	-
-	Verdacht auf Zwillinge während der Grav. Uteriner oder Ovarialtumor.	linke Tube	Operation erst nach 26 Jahren bei akuter Appendicitis und fibromatösem Uterus durchgeführt.	Verfasser nimmt gleichzeitige IU u. EU in Anspruch, da nach Scheidung keine weitere Schwangerschaft eintrat.
-	Annahme verkalktes Ovar od. Verknöcherung einer Dermoidzyste, Röntgen: Steinkind, da Schädel, WS, Rippen sichtbar.	linke Tube Ruptur mit vollständiger Trennung	Nach 26 Jahren Lap. mit Entf. des Lithopädioms, Uterus normal in Größe und Position.	Verfasser nimmt IU und EU an, da nur einmalige Grav. bestand und Pat. p. ab. unter Schocksymptomen ohne Op. noch einige Wochen krank war.
-	-	linke Tube	Laparotomie	Anfrage des Verf. beim J. Amer. Med. Ass. wegen seines Falles, nach Häufigkeit von IU u. EU.
-	IU nach Spontanabort, EU als akute Appendicitis angesprochen. Nach erfolglosen Wehen und Einleitung, EU durch Röntgen erkannt.	linke Tube und Ovar waren in d. Plazenta	Expectativ. Einleitung, Röntgen, Lap. mit Entf. der linken Adnexe sowie der EU mit Plazenta nach einem Jahr.	Appendicitis war nach Meinung des Verf. die Zeit d. Ruptur. Zur Verminderung des Op.-Risiko bei Entf. d. Plazenta, wurde Verkalkung abgewartet. Richtige Diagnose!
-	Linke EU oder drohender Abort. Probelaaparotomie bestätigt EU, IU nicht erkannt.	linke Tube Abort	Lap. mit Entfernung der linken Adnexe und der rechten Tube, die entzündliche Stenosen aufwies.	-

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
172	Bernstein A. 1940	25 Jahre 1 Geburt sectio caes	ausgetragen	mens III	Gen.	zwei le- bende Mäd- chen	operativ entfernt
173	Bernstein A. 1940	33 Jahre 1 Geburt	mens II-III	mens II-III	Gen.	Spontan- abort	operativ entfernt
174	Hare R. B. 1940	20 Jahre 1 Geburt	ausgetragen	mens II-III	Gen.	lebendes Mädchen	operativ entfernt
175	Ludwig D. B. 1940	25 Jahre 1 Geburt 1 Abort	mens III-IV	mens III-IV	Gen.	operativ entfernt	operativ entfernt
176	Ludwig D. B. 1940	31 Jahre 5 Geburten 3 Aborte	besteht weiter	mens II-III	Gen.	besteht weiter	operativ entfernt
177	Ludwig D. B. 1940	24 Jahre 1 Geburt 1 Abort	mens II-III	mens IV	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
178	Leff B. Meranze D. R. 1940	39 Jahre 8 Geburten	mens II	mens II	Ger.	Spontan- abort 4 Ta- ge p. op.	operativ entfernt
179	Milnor G. C. Bowles H. E. 1940	28 Jahre 4 Geburten	ausgetragen	-	Gen.	lebendes Mädchen	operativ entfernt
180	Lähteenmäki S. 1940	40 Jahre 4 Geburten	12 Wochen	12 Wochen	tot	tot	operativ entfernt
181	Lähteenmäki S. 1940	26 Jahre 1 Geburt	ausgetragen	mens II	Gen.	lebendes Kind	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	Linke EU, trotzdem vorher IU ange- nommen, war fest- gestellt.	linke Tube	Lap. mit Entfer- nung der linken Tube. Sectio caes. zur Ent- wicklung der Zwillinge.	3 Graviditäten! 1 extra, 2 intra.
-	Spontanabort, Pro- bepunktion bestä- tigt EU.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Entfer- nung der linken Tube.	-
-	Wegen EU einge- wiesen, Uterus ver- größert, IU nicht mit Sicherheit fest- gestellt.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Entfer- nung der linken Tube. Erfolgreiche Einleitung, 14 Tage später Spontangeburt.	Verfasser glaubte an neue Grav., da das Kind reif, be- stand bei Op. Grav. mens II.
-	EU erkannt, IU bei Untersuchung des Op. Präparates ge- funden.	linke Tube	Lap. mit Entfer- nung der linken Adnexe, wegen anhaltender Blu- tung supravag. Hysterektomie.	Superfödatio. Bei Eröffnung d. Uterus unversehrter Frucht- sack mit 6 cm lan- gem Foet. EU-Foet. 12 mm lang.
-	EU erkannt, Uterus vergrößert, bei Op. IU vermutet.	rechte Tube	Lap. mit Entfer- nung der rech- ten Adnexe.	Grav. mens VI fest- gestellt, anschlie- ßend verzogen.
-	EU als mögliche Ab- dominalgrav. nach Ruptur erkannt. IU erst durch histologi- sche Untersuchung.	Plazenta am Uterus, Lig. lat. Becken- und Bauchwand	Lap. mit Entfer- nung der rech- ten Adnexe und des Foeten mit Plazenta. Cüret- tage.	Abdominalgravidität. Cürettage er- gab Plazentargewe- be. 2 Tage p. op. Deciduaabgang zeigte infiziertes al- tes Plazentagewebe.
-	Zuerst IU mit Kom- plikationen, dann EU klar erkannt. IU durch Abort.	rechte Tube Isthmus Ruptur	Lap. mit Entfer- nung der rech- ten Adnexe.	-
-	IU mens II festge- stellt bei Antrag auf Interruptio und Steri- lisation. Bei Op. EU.	rechtes Ovar	Lap. mit Entfer- nung der rech- ten Adnexe und der linken Tube zum Teil.	Ovarialgravidität.
Verblutung in d. Bauch- höhle, In- fektion	Graviditas mens IV mit Pyosalpinx links rupturiert, Peritoni- tis diffusa links. Sektionsbefund.	links	Lap. mit Entfer- nung der EU Drainage wegen Peritonitis. Sektion.	Nach 5 Wochen Amenorrhoe, 7 Wo- chen fortgesetzte Beschwerden. Siehe Diagnose.
-	Rupturierte EU er- kannt. 5 Monate p. op. Grav. mens VI bis VII festge- stellt.	rechte Tube Ruptur	Lap. mit Entfer- nung der rech- ten Tube und der linken Ad- nexe (Degene- ratio polycysti- ka).	-

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
182	Herring J. Lesslie A. 1940	35 Jahre 4 Geburten (letzte Zwillinge)	ausgetragen	mens II	Gen.	lebendes Mädchen	operativ entfernt
183	Mitra S. 1940	36 Jahre 2 Geburten	8 Wochen	8 Wochen	Gen.	operativ entfernt	operativ entfernt
184	Mitra S. 1940	36 Jahre	3 Monate	3 Monate	Gen.	operativ entfernt	operativ entfernt
185	Browne O'Donel 1940	34 Jahre	mens II	mens III	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
186	Isbruch Fr. 1941	29 Jahre	mens III	mens III-IV	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
187	Richter J. 1941	36 Jahre	6 Wochen	6 Wochen	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
188	Leech R. B. 1941	30 Jahre 3 Geburten	ausgetragen	ausgetragen	Gen.	lebend rei- fer Knabe	lebend reifer Kna- be stirbt 3 Min. später
189	Horno Liria R. 1942	36 Jahre 3 Geburten 1 Abort	mens II	mens II	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
190	Benthin 1943	30 Jahre III-para	mens III	—	Gen.	operativ entfernt	operativ entfernt
191	Benthin 1943	—	ausgetragen	—	Gen.	lebend Rei- fes Kind	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	EU wegen innerer Blutung erkannt, IU durch Patientin festgestellt u. bestätigt.	linke Tube Abort	Lap. mit Entfernung der linken Tube. Punktion einer Zyste der rechten Tube.	-
-	EU wegen innerer Blutung. IU im Op.-Präparat gefunden.	Tube Ruptur	Lap. mit supravaginaler Hysterektomie, da die Masse am Uterus haftete.	Bei Eröffnung des Op.-Präparates fand sich ein Foet von ungefähr 8 Wochen.
-	EU vermutet, nach 4 Tagen bestätigt. IU bei Entfernung des Uterus erkannt.	rechte Tube Ruptur	Lap., supravaginale Hysterektomie.	-
-	IU im Abort bei Beckenanomalie oder Tubenmole. IU durch Abort, EU bei Op. erkannt.	linke Tube	Lap. mit Entfernung der rechten und linken Tube. Appendektomie.	3 Graviditäten. 1 intra, 2 extra. Wegen Hämatosalpinx rechts Salpingotomie.
-	IU erkannt. Trotz Abort Tubargrav. vermutet und operiert.	linke Tube Ampulle	Proluton zur Abwendung d. Aborts. Lap. mit Entfernung d. EU. Plastik d. Tubenstumpfes.	
-	IU erkannt. Trotz Abort an EU gedacht, durch Douglaspunktion gesichert.	linke Tube Ruptur	Cürettage, Lap. mit Entfernung der linken Tube.	Richtige Diagnose. Je ein Corp. lut. grav. rechts u. links.
-	IU erkannt. Nach Geburt war die para-uterine Schwellung noch vorhanden. KHT gehört, EU festgestellt.	rechtes Lig. lat.	Spontangeburt, Lap. Entfernung v. Fruchtsack u. Plazenta ohne Schwierigkeiten.	Abdominalgrav. Die Periode bestand bei mens VI regelmäßig fort.
-	Grav. mens I-II und Adnexitis rechts. EU erkannt und op. IU vermutet, durch Abort bestätigt.	rechte Tube Ruptur	Lap. mit Entfernung der rechten Adnexe.	-
-	EU erkannt, IU vermutet, bei Op. gefunden.	linke Tube	Lap. mit Entfernung der linken Tube, dabei Eröffnung d. Uterus, Entfernung des Eies.	Sitzungsprotokoll keine Einzelheiten.
-	-	-	Lap., Spontangeburt.	Verfasser erwähnt den Fall bei Vortrag des obigen.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
192	King S. J. 1943	33 Jahre 3 Geburten 1 Abort	ausgetragen	mens II	Gen.	lebendes unreifes Mädchen	operativ entfernt
193	Horchler A. 1944	33 Jahre	mens II-III	mens II-III	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
194	Lawrence H. E. Elsemore D. E. 1944	32 Jahre 4 Geburten	ausgetragen	mens IV	Gen.	lebender Knabe	operativ entfernt
195	Studdiford W. E. Speak G. 1944	28 Jahre II-para	mens II-III	mens III	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
196	de Moreas Leme J. 1944	29 Jahre 2 Aborte (1 künstlich)	ausgetragen	4 Wochen	Ger.	lebend rei- fer Knabe	operativ entfernt
197	Rabago J. (n. Vasicka u. Grable) 1944	-	ausgetragen	ausgetragen	Gen.	lebendes Kind	lebendes Kind
198	Aimes A. 1944	30 Jahre 1 Geburt	übertragen	mens III	Gen.	totes rei- fes Mädchen	operativ entfernt
199	Turner Howard G. 1945	28 Jahre 1 Abort	ausgetragen	5-6 Wochen	Gen.	lebend rei- fes Mädchen	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	EU erkannt, obwohl zuerst an Abort ge- dacht wurde. 5 Mo- nate p. op. IU mens VII festgestellt.	rechte Tube Abort	Lap. mit Entfer- nung beider Tu- ben. Links zy- stisch verändert, Appendektomie.	-
-	Bei Op. wegen EU Verdacht auf IU.	linke Tube Ruptur, rechts Tube (intakte) EU	Lap. mit Entfer- nung beider Tu- ben. Cürettage p. ab.	3 Graviditäten. 1 intra, 2 extra (je 1 links und rechts). Abort der IU wur- de dem Verfasser nach Umzug mitge- teilt.
-	IU drohender Abort oder EU als Wahr- scheinlichkeits- diagnose. IU und abdominelle Blu- tung führte zur Op.	linke Tube Ruptur	Abortbehand- lung, Lap. mit Entf. der linken Adnexe.	Zwillinganamnese, Urgroßvater mütter- licherseits u. seine Frau waren Zwi- lingskinder. Bruder der Pat. ist Vater v Zwillingssöhnen.
-	EU als Tubarabort angenommen, we- gen Größe d. Ute- rus IU mit chron. Adnex-Erkrankung beiderseits, drohen- der Abort, p. ab. Fibromyome, Tubo- ovarialsabszeß.	linke Tube Ruptur	Conservativ ab- wartend. Lap. mit Entfernung der linken Tube.	Zwillinganamnese. Mutter und Schwie- germutter hatten Zwillingsschwanger- schaften.
-	IU mit Adnextumor oder unversehrte EU. Probelap. er- gab EU.	rechte Tube Isthmus Abort	Lap. mit Entf. der rechten Tu- be. Rektusdia- stase und Na- belbruch bei d. Entbindung.	-
-	-	Plazenta im Douglas u. an d. hint. Uterus- wand	Lap. mit supra- cervikaler Hy- sterektomie.	Abdominalgrav. Beide Kinder als Neugeborene ge- storben.
-	EU erkannt und op. P. op. entwickelte sich eine IU, deren Gleichzeitigkeit erst nach d. Geburt er- kannt wurde.	rechte Tube Ruptur	Konservative Behandlung. Lap. mit Entf. der rechten Ad- nexe, Appen- dektomie.	Man glaubte die IU hätte p. op. be- gonnen. Pat. arbei- tete weiter und miß- deutete den We- henbeginn.
-	18 Stunden nach Aufnahme wegen Schmerzen und Ab- wehrspannung Op., dabei EU festge- stellt, Uterus ent- sprach mens II-III.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Entfer- nung der linken Adnexe, Appen- dektomie auf Wunsch des Mannes.	-

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
200	Jerlov E. 1946	2 Geburten 1 Abort	ausgetragen	8 Wochen	Gen.	lebend rei- fes Kind	operativ entfernt
201	Nielsen M. 1946	20 Jahre 1 Geburt	ausgetragen	mens II-III	Gen.	lebend rei- fes Mädchen	operativ entfernt
202	Nielsen M. 1946	30 Jahre 1 Geburt	mens III	mens III	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
203	Schaefer G. 1947	30 Jahre	fast ausgetragen	mens II	Gen.	reifes le- bendes Kind	operativ entfernt
204	Ernerot J. 1947	25 Jahre 1 Frühgeb.	mens III	—	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
205	Grunewald L. 1947	41 Jahre 5 Geburten	ausgetragen	mens II	Gen.	lebend rei- fes Mädchen	operativ entfernt
206	Belson M. O. 1947	35 Jahre 1 Geburt 2 Aborte (2. Abort künstlich Zwillinge)	mens VI-VII	mens II-III	Gen.	2 lebende unreife Knaben	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	EU erkannt, sofortige Op., dabei und bei Entlassung Uterusgröße auffällig. Nach 3 Monaten IU mens V erkannt.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Resektion der linken Tube.	-
-	Auf EU gestellt und operativ bestätigt. Uterus vergrößert, Untersuchung ergibt IU.	linke Tube Abort	Laparotomie	Weder a. op. noch p. op. trat eine Genitalblutung auf.
-	Abrasio bestätigt die IU p. ab. Wegen kolikartiger Schmerzen, Ausladung u. Spannung des Leibes mit zunehmender Anaemie Douglaspunktion, EU gesichert.	rechte Tube	Cürettage, Lap. mit Entfernung d. rechten Adnexe u. der linken Tube sowie $\frac{2}{3}$ des linken Ovars. Reimplantation von $\frac{1}{3}$ im Labium maius dext.	1 Corp. lut. grav. rechts. Chronische Salpingo-oophoritis rechts, chron. Salpingitis links.
-	IU erkannt, nach Ruptur in EU geändert. Bei Op. Uterus vergrößert. 3 Wochen p. op. IU mens II-III festgestellt.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Entf. der linken Adnexe (Ovarzyste). Sectio caesarea 14 Tage vor dem Termin.	Wegen chronischer Lungentuberkulose m. Pneumothorax sectio caes. durchgeführt.
-	IU von Pat. nach Abort mitgebracht, 14 Tage später Op. wegen vermuteter Salpingitis, dabei EU.	rechte Tube Abort Fimbrienende	Cürettage, Lap. mit Entfernung d. rechten Tube	-
-	Op. unter Verdacht auf EU. Uterus vergrößert entsprechend einer Grav. mens II.	rechte Tube Fimbrienende Ruptur	Lap. mit Entfernung der rechten Adnexe.	5. Geburt waren Zwillinge. Fortbestand d. IU, trotz Entf. d. Corp. lut. grav. im rechten Ovar. Links keines gefunden.
-	Op. wegen EU, ein Monat n. Entlassung Grav. mens II festgestellt. Röntgenkontrolle auf Zwillinge positiv.	linke Tube Abort	Lap. mit Entf. der linken Tube. Behandlung zur Abortverhütung m. Erfolg. Dann doch noch Frühgeburt.	3 Graviditäten. 1 extra, 2 intra. Zwillingsanamnese. 1 Kind überlebt 10 Stunden, 2. Kind 2 Stunden. Pat. hatte sich überanstrengt.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
207	Powell C. Gottschalk R. H. 1947	25 Jahre	ausgetragen	—	Gen.	lebendes Mädchen	operativ entfernt
208	Acosta-Sison H. 1947	30 Jahre 10 Geburten	—	—	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
209	Ezes M. 1947	23 Jahre 1 Geburt	ausgetragen	—	Gen.	lebender Knabe	operativ entfernt
210	Panduro H. 1947	27 Jahre 1 Geburt	ausgetragen	mens I-II	Gen.	lebender Knabe	operativ entfernt
211	Gürtler W. 1947	34 Jahre 3 Geburten	mens III	mens III	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
212	Elshove H. W. 1947	—	ausgetragen	—	Gen.	Spontan- geburt	operativ entfernt
213	DEVoe R. W. Pratt J. H. 1948	29 Jahre 2 Geburten 3 Aborte	ausgetragen	mens II-III	Gen.	lebend rei- fer Knabe	operativ entfernt
214	DEVoe R. W. Pratt J. H. 1948	34 Jahre 1-para	ausgetragen	über mens II	Gen.	lebend rei- fes Mädchen	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	Beckenabszeß mit Möglichkeit einer rupturierten EU, Kolpotomie an- schließend Op. Rechts ein 2. Corp. lut. grav. und Ute- rusvergrößerung b. Op. IU erkannt.	linke Tube Ruptur	Kolpotomie, an- schließend Lap. mit Entfernung der linken Ad- nexe. Becken- ausgangszange.	Kind pes equinova- rus. Pat. war rhne- gativ, Mann rh- positiv.
-	IU mens II mit Sal- pingitis akuta rechts bei Op. EU mens I und IU mens II er- kannt.	rechte Tube Abort	Konservativ, Lap. mit Entf. d. rechten Tube.	Mutter d. Pat. starb an Tbc. Pat. ein Jahr nach die- ser Grav. ebenfalls in Tbc-Klinik einge- wiesen.
-	Grav. mens III mit Salpingitis rechts, wegen innerer Blu- tung Op. 2. Monate p. op. IU durch KHT mens V bestätigt.	rechte Tube Ampulle Ruptur	Konservativ, Lap. m. Entf. der rechten Ad- nexe.	Je 1 Corp. lut. grav. links und rechts, letzteres größer.
-	EU erkannt, nach pos. Friedmann-Test Op. IU von Pat. durch Kindsbewe- gungen festgest.	rechte Tube Ruptur	Lap. m. Entf. d. rechten Tube u. Exstirpation ei- nes Fibromyoms d. Uterus.	P. op. Zunahme des Leibsumfanges, sonst keine Be- schwerden.
-	EU erkannt. IU p. ab.	unter dem Bla- senperitoneum	Lap. mit Exstir- pation d. Fruch- tackes, Ausräu- mung des Abortes.	Primäre Abdominal- gravidität. Nach Meinung d. Verfas- sers erster Fall der Weltliteratur mit gleichz. IU.
-	Anamnestisch EU angenommen. Be- fund sprach für IU m. Komplikationen (Tbc. d. Tube). Op. unter Annahme gleichzeitiger IU und EU.	linkes Ovar	Lap. m. Entf. d. linken Ovars. Hormonbehand- lung zur Abort- verhütung.	Ovarialgravidität. Richtige Diagnose. Lymphdrüsen-tbc m. Fistel am Hals.
-	Op. unter akuter abdomineller Zu- stand, der chir. Er- forschung bedarf. Dabei EU, IU nicht erkannt. 3 Monate p. op. Grav. mens. IV festgestellt.	linke Tube	Lap. m. Entf. beider Tuben auf Wunsch. Re- troversio uteri und Prolaps korrigiert.	Chronische Salpingi- tis rechts gefunden.
-	Nach 5 tägiger Be- obachtung wegen Verdacht auf EU rechts op. Diagnose bestätigt. Vergrö- ßerter Uterus ließ an IU denken.	rechte Tube	Lap. m. Entf. d. rechten Tube.	1 Monat p. op. wur- de IU mens III als bestehend festge- stellt.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
215	Clements N. 1948	33 Jahre	17 Wochen	17 Wochen	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
216	Csonka I. 1948	28 Jahre	mens II	mens II-III	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
217	Wolff H. 1949	42 Jahre 4 Geburten 1 Abort	mens IV	mens V	Gen.	Interruption	operativ entfernt
218	Eschbach 1949	31 Jahre 2 Geburten	besteht weiter	—	Gen.	besteht weiter	operativ entfernt
219	Eschbach 1949	31 Jahre IV-para	—	—	Gen.	künstl. Abort	operativ entfernt
220	Mac Callum O. D. Harkrader Ch. J. 1949	28 Jahre 6 Geburten	fast ausge- tragen	mens II-III	Gen.	lebendes Mädchen	operativ entfernt
221	Michaelis J. P. 1949	32 Jahre 3 Geburten	ausgetragen	mens II-III	Gen.	lebender Knabe	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	Op.-Indikation in- nere abdominelle Blutung.	linke Tube pars interstitialis Ruptur	Lap. mit parti- tieller Resektion des Uterus und d. interstiellen Teiles d. linken Tube m. festsit- zender Plazenta	Interstitielle Gravi- dität. Auf der Rückseite war die Ruptur durch eine Plazentavene ge- gangen bis in die Eihöhle.
-	Zuerst IU mit Tu- mor vermutet. IU bei Abort a. op. EU n. Entlassung bei Op. gefunden.	linke Tube Ruptur	Cürettage, Douglasspunktion ohne Ergebnis. Lap. m. Entf. d. linken Tube.	-
-	IU war bekannt, EU erst bei Op. gefun- den nach Douglass- punktion.	linke Tube	Interruptio, Di- latation, Cüret- tage. Behand- lung d. Zysto- Pyelitis, Salpin- gitis. Lap., sup- ravaginale Ute- rusamputation unter Mitnahme der linken Ad- nexe.	Die ungestörte EU wurde irrtümlich als entzündlicher Ad- nextumor angese- hen. Bei der diagn. Douglasspunktion wurde 1 großes Pla- zentargefäß getrof- fen, wobei es zur Blutung kam, die Op. erforderte.
-	Incarceration uteri gravid, Douglas- abszeß, Tubargravi- dität, Ovarialtumor bei IU.	rechte Tube	Lap. m. Abtra- gung nur des erkrankten Tu- benanteils zur Erhaltung der Konzeptionsfä- higkeit.	Linke Tube bereits früher durch Op. entfernt. Befruch- tung nur über die rechte möglich. Corp. lut. grav. rechts.
-	Tubarruptur, Nach- untersuchung Grav. mens IV festgestellt.	rechte Tube Isthmus	Lap. m. Exstir- pation der lin- ken und der rechten Tube.	Anamnese: chroni- sche Eierstocks- entzündung.
-	An Ruptur einer EU gedacht. Op. wegen Verdacht auf Milz- ruptur nach Unfall Bei Op. Uterus ver- größert. Verdacht auf IU.	rechte Tube pars interstitialis	Lap. m. Entf. d. rechten Tube u. des rechten Ute- rushornes. Sec- tio caesarea mit Sterilisation.	Interstitielle Gravi- dität. Zwillings- anamnese. Mutter d. Pat. hatte Zwillin- ge. Sturz v. d. Trep- pe mit Verletzung d. Rückens.
-	Tubarabort rechts mit abdomineller Blutung. In. op. glaubt Verfasser im Uterus Foeten zu palpieren.	rechte Tube	Lap. mit Entf. d. rechten Ad- nexe. Hormon- behandlung. Sectio caesarea.	Zwillingsanamnese von beiden Seiten d. Fam. Ein Corp. lut. grav. rechts. Fortbestand d. IU wird auf Hormonbe- handlung zurück- geführt.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
222	Michaelis J. P. 1949	35 Jahre 5 Geburten	mens III	mens II	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
223	Michaelis J. P. 1949	32 Jahre 2 Geburten	mens VI	mens VI	tot	tot	tot
224	Michaelis J. P. 1949	25 Jahre 3 Geburten 2 Aborte	mens IV-V	mens VII	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
225	Fejer E. A. J. Henry G. H. 1949	32 Jahre Vi para	ausgetragen	ausgetragen	Gen.	lebend rei- fer Knabe	lebend re- fes Mädche ohne Mit- bildung
226	Christensen A. 1949	—	—	—	Ger.	Abtreibung	operativ entfernt
227	Christensen A. 1949	—	ausgetragen	—	Gen.	ausgetragen	operativ entfernt
228	Bernard J. De George M. 1949	31 Jahre	mens VII	mens I-II	Gen.	lebend un- reifer Knabe	operativ entfernt
229	Gilliland J. 1949	35 Jahre 5 Geburten	ausgetragen	ausgetragen	Gen.	lebend rei- fes Mädchen	lebend rei- fer Knabe

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	Präoperativ rupturierte EU, Intra op. IU vermutet.	rechte Tube Ruptur	Lap. m. Entf. d. rechten Adnexe.	-
Massive Gehirnblutung	Nicht gestellt. EU vermutet. Generalisierte Lues.	rechts	Konservative Behandlung.	Die gleichzeitig bestehende EU wurde trotz Röntgen übersehen.
-	Nicht gestellt, da Abstrich auf Gonokokken positiv. Entzündliche akute Affektion.	linke Tube	Chemotherapie, Dilatation, Kürettage, Lap. m. subtotaler Hysterektomie, bilaterale Entfernung d. Adnexe.	N. Meinung d. Verf. Umkehr d. üblichen Befundes. Zuerst Abort u. spez. Salpingitis, dann erst EU entfernt und Echinokokkuszyste ausgeschält.
-	3 Wochen p. part. Klinikaufnahme, da sie noch Kindsbewegungen spürte.	Uterusrückwand Beckenboden, Rektum	Spontangeburt, Lap. m. subtotaler Hysterektomie, da bei Lösung d. Plazenta an der Uterusrückwand starke Blutungen auftraten.	Abdominalgravidität. Beide Kinder vollkommen gesund entlassen, als das Mädchen 6 Wochen alt war. Beide Kinder inzwischen verstorben.
-	Nach Abtreibung Symptome einer EU, die sich bei Op. bestätigt.	-	Laparotomie	Im Rahmen einer Sammelstatistik über EU erwähnt.
-	Bei Op. wegen EU IU festgestellt, die erhalten werden konnte.	-	Laparotomie	Im Rahmen einer Sammelstatistik über EU erwähnt.
-	Op. wegen Appendicitis akuta, dabei EU gefunden, Uterus vergrößert, verfärbt. Appendix normal.	rechte Tube Abort	Lap. m. Entf. d. rechten Tube. Kind litt an hypochromer Anämie. Aufnahme wegen Abortverdacht, dann Frühgeburt.	IU bemerkt, aber EU zugeschrieben. EU mit Appendicitis verwechselt. Weiterentwicklung d. IU neu begonnener zugeschrieben.
-	Aufnahme wegen Abdominaltumor. Foet in Steißblage festgestellt. 3 Wochen p. part.	links Beckenwand d. Fossa iliaca	Röntgenkontrastdarstellung des Uterus zur EU-Diagnose, Lap. m. Exzision d. Fruchtsacks am Plazentarrand. Plazenta in situ belassen.	Abdominalgravidität. Bei Entlassung Mutter und Kinder in gutem AZ. Beide Kinder werden gestellt. Nachuntersuchung: Masse i. d. Fossa iliaca deutlich verkleinert.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
230	Thorek Ph. Moses J. Wong J. 1950	26 Jahre	ausgetragen	mens II	Gen.	lebendes Kind	operativ entfernt
231	Mathieu C. Garnier R. 1950	22 Jahre	ausgetragen	mens III	Gen.	ausgetragen	operativ entfernt
232	Mathieu C. Garnier R. 1950	37 Jahre 4 Aborte 1 Totgeburt	besteht weiter	4 Wochen	Gen.	besteht weiter	operativ entfernt
233	Wiener W. B. Carpenter W. N. 1950	26 Jahre 1 Totgeburt Eklampsie	ausgetragen	fast ausgetragen	Gen.	lebend rei- fer Knabe	totes no- males Mä- chen
234	Morrison- Lacombe A. Mouchott J. 1950	34 Jahre 1 Geburt 1 Abort	mens II-III	mens III-IV	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
235	Drumel G. 1950	1 Geburt	ausgetragen	ungefähr 9 Wochen	Gen.	lebendes Mädchen	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	EU mit Tuberaort angenommen, intra op. Uterus bicornis erkannt, dessen lin- kes Horn zweimal so groß war. IU da- rin vermutet.	rechte Tube	Lap. mit Entf. d. rechten Tube.	Uterus bicornis mit Grav. des linken Hornes, zwei voll entwickelte Tuben links, eine rechts, Sitz der EU.
-	IU und Tumor hin- ter dem Uterus fest- gestellt, wegen Grö- ßenzunahme Ova- rialtumor vermutet. Op. dabei EU er- kannt.	linke Tube	Lap. mit Entf. d. linken Adnexe. Hormonbehand- lung.	-
-	EU erkannt an in- nerer Blutung, IU nach 4 Monaten als Grav. mens V we- gen anhaltender Be- schwerden festge- stellt.	rechte Tube Ruptur	Lap. mit Entfer- nung der rech- ten Tube, Hor- monbehandlung.	-
-	Tuboovarialabszeß od. Ovarialzyste als Komplikation einer IU mens III. Rönt- gen, schlechte Auf- nahme zeigte nur 1 Kopf v. d. Geburt. P. part. 2. Kind bei Uterus bicornis ver- mutet, durch Rönt- gen bestätigt.	rechts Plazenta saß auf d. hin- teren Oberflä- che d. Perito- neums u. reichte bis zur Leber	Unter Penicillin- schutz conserva- tiv. Lap. m. Entw. d. in Steißlage be- findl. Frucht. Wiederbele- bungsversuche d. EU-Kindes, das Herzschlag hatte aber kei- ne Spontanat- mung. Diese wurde nicht er- reicht. Exitus.	Abdominalgravidität. Genesung p. op. war verzögert durch adynamischen Ileus. Pyelonephri- tis im linken Bein. Die Plazenta war belassen worden u. im Fruchtsack ver- näht. Ausräumung eines Abszesses d. mit dem Fruchtsack in Verbindung stand.
-	IU von Pat. ange- nommen, durch Hor- montest bestätigt. Wegen neugebildeter Masse die dem Uterus anhängt Op. dabei EU gefunden.	rechte Tube	Lap. mit Entfer- nung der rech- ten Tube.	-
-	Patientin glaubte an IU. Im Douglas schmerzhafte Masse, nach Douglaspunk- tion Op.	linke Tube Ruptur	Lap. m. Entfer- nung der linken Adnexe. Op. o. Instrumente, da IU angenommen wurde.	Anamnese: bilate- rale Adnexitis, In- sufflation d. Tu- ben. 2 Monate p. op. Grav. mens IV bestätigt.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
236	Theron R. (n. Iklé A.) 1950	30 Jahre 3 Geburten	ausgetragen	ausgetragen	Gen.	lebender Knabe	lebendes Kind
237	Pütz Th. K. 1951	27 Jahre 1 Geburt	ausgetragen	mens II	Gen.	lebend rei- fes Mädchen	operativ entfernt
238	Pütz Th. K. 1951	36 Jahre 1 Geburt	—	—	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
239	Pütz Th. K. 1951	24 Jahre 1 Geburt	—	—	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
240	Hertig A. 1951	2 Geburten (1 normal 1 tot, Eryth roblastose)	ausgetragen	14 Wochen	Gen.	lebendes Kind	operativ entfernt
241	Burke F. J. 1951	—	ausgetragen	ausgetragen	Gen.	lebend normal	totes Kin
242	Sprague J. R. Sprague E. A. 1951	21 Jahre	ausgetragen	mens II	Gen.	lebendes Mädchen	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	11 Tage p. part. durch Röntgen bei vorhandenen KHT Abdominalgravidität festgestellt.	rechte Adnexe und lig. lat. dext.	Lap. z. Entwicklung d. EU-Frucht. Plazenta in situ belassen. 3 Wochen p. op. Kolpotomie und Drainage eines Abzesses aus dem sequestrierte nekrotische Plazentarreste heraus-eiern.	Tuboovarialgravidität. EU-Kind stirbt nach 12 Stunden. Haltungsdeformation d. WS und der Extremitäten.
-	Zuerst Abort, dann EU, Douglaspunktion bestätigt, IU i. op. bestätigt.	rechte Tube	Lap. mit Entfernung der rechten Tube.	-
-	Abortus incompletus, dann Pyosalpinx, Pyoovar, Status p. ab.	linke Tube Ruptur	Digitale Austastung, Lap. mit Entfernung der linken Tube.	-
-	Appendicitis, Zystopyelitis, dann auf Grund d. Anamnese Verdacht u. Op. wegen EU rechts.	rechte Tube	Digitale Nachastung, Cüretage, Lap. m. Entfernung der rechten Tube.	Die Menstruation p. part. trat nicht auf, da über 10 Monate gestillt wurde.
-	Links Ovarialzyste als Komplikation einer Grav. mens III angenommen und operiert.	linkes Ovar	Lap. mit Entf. d. linken Ovars. Steißentwicklung des Kindes, Austauschtransfusion wegen Ikterus grav. (Erythroblastose).	Ovarialgravidität.
-	Zwillinge waren diagnostiziert und durch Röntgen bestätigt, 1 Kind wurde für tot gehalten.	-	Spontangeburt, Lap. m. Entf. d. toten EU-Frucht, supravaginale Hysterektomie.	P. part. des 1. Kindes Austastung ergab leeren Uterus. Keine weiteren Angaben.
-	2 Wochen vorher IU festgestellt. A. op. rupturierte EU angenommen. I. op. Uterus entsprechend Grav. mens III vergrößert.	rechte Tube Ruptur	Lap. mit Entf. d. rechten Tube.	Plazenta 2 cm Durchmesser, lag außerhalb d. Tube.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
243	Derby C. J. Miller R. C. 1951	27 Jahre 2 Geburten	ausgetragen	mens III	Gen.	lebend rei- fes Mädchen	operativ entfernt
244	De Oliveira R. M. 1951	24 Jahre 1 Geburt	mens II	mens II	Gen.	durch Cürettage entfernt	operativ entfernt
245	Tardy M. R. 1951	—	40 Tage	60 Tage	Gen.	prov. Abort	operativ entfernt
246	Vellay M. P. 1951	1 Geburt	ausgetragen	mens II	Gen.	lebend rei- fes Kind	operativ entfernt
247	Schramm G. 1952	—	ausgetragen	mens III	Gen.	lebend rei- fes Kind (Mädchen)	operativ entfernt
248	Sickenberger P. 1952	38 Jahre 3 Geburten 2 Aborte 1 EU	ausgetragen	mens II—III	Gen.	lebend rei- fes Mädchen	operativ entfernt
249	Zarou G. S. Sy A. 1952	34 Jahre 4 Geburten	ausgetragen	ausgetragen	Gen.	lebend rei- fes Mädchen	totes Mädchen

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	Vaginalblutung Verdacht auf IU-Abort. Im Schock Einlieferung und sofortige Op. wegen Verdacht auf EU. IU i. op. vermutet, später bei Kontrolle bestätigt.	linke Tube Ruptur	Lap. mit Entf. der linken Adnexe, Appendektomie.	-
-	Drohender Abort. Im Schock rupturierte EU i. op. Uterus vergrößert (mens II). Verdacht auf IU durch Cürettage bestätigt.	linke Tube Abort	Lap. m. Entf. d. linken Tube. Cürettage.	-
-	IU festgestellt, p. ab. Reaktion d. Tube. EU durch positiven Brouha-Test bestätigt.	rechte Tube Ampulle	Konservativ, Lap. m. Entf. d. rechten Tube u. d. linken Ovars (Ovarialzyste).	Abtreibungsversuch durch Sonde. Nach 1½ Monaten Regel nicht erschienen, neue IU vermutet, nach 4 Wo. bestätigt. Sichere äußere Überwanderung.
-	IU festgestellt. Op. auf Grund einer adnexiellen Masse die deutlich vom Uterus getrennt ist, dabei EU gefunden u. IU bestätigt.	linke Tube Ruptur	Lap. m. Entfernung der linken Tube.	1. Fortdauer der Regel im 1. und 2. Monat. 2. Fortdauer der IU ohne Organotherapie, obwohl erst mens II bei Op.
-	Verdacht auf EU bei bestehender IU.	linke Tube	Lap. mit Entf. der linken Tube, Stomatoplastik rechts.	Richtige Diagnose vermutet. Sichere Überwanderung. Corp. lut. grav. rechts, EU links. Dreifach stielgedrehte Tube.
-	EU und IU vorher diagnostiziert, bei Op. bestätigt.	linke Tube	Lap. m. Entf. d. linken Tube, Appendektomie, Behandlung der Hypertonie.	Schwangerschaftsintoxikationszeichen, Diät.
-	Verdacht auf Zwillinge durch Röntgen bestätigt. Zweifache KHT. Nachtastung p. part. ergibt leeren Uterus. Verdacht auf EU, anschließend Op. Bei Aufnahme nur einmal KHT.	Plazenta am hinteren Teil d. Fundus uteri u. lig. lat. rechts	Steißextraktion Lap. zur. Entf. d. toten Frucht. Plazenta bleibt in situ.	Abdominalgravidität. Im p. op. Verlauf Bronchopneumonie, Platzen der Bauchwunde, Revision, Genesung.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
250	Gellé P. Duthoit F. 1952	31 Jahre	mens III-IV	mens II	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
251	Gellé P. Duthoit F. 1952	-	-	-	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
252	Gellé P. Duthoit F. 1952	-	bis mens II	-	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
253	Gellé P. Duthoit F. 1952	-	-	-	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
254	Rossi D. 1952	-	-	-	Ger.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
255	Rossi D. 1952	-	-	mens IV geschätzt	-	Interruption	operativ entfernt
256	Rossi D. 1952	-	ausgetragen	mens II	Gen.	lebendes Kind	operativ entfernt
257	Marggraff G. 1953	41 Jahre 1 Geburt 2 Aborte	mens II-III	mens II-III	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
258	Alexander C. A. 1953	24 Jahre 2 Geburten	mens II	mens II	Gen.	durch Cürettage entfernt	operativ entfernt
259	Loxton A. J. 1953	35 Jahre 7 Geburten	ausgetragen	ausgetragen	Gen.	lebend rei- fes Kind	lebend reifes Kind
260	Järvinen P. A. 1953	33 Jahre 2 Geburten 1 Abort	ausgetragen	mens III	Gen.	lebend rei- fes Kind	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	IU festgestellt. Op. wegen EU-Ruptur dabei IU bestätigt, Uterus größer als mens II entspricht.	rechte Tube Ruptur	Lap. m. Entfer- nung der rech- ten Adnexe, Cü- rettage.	3 Tage p. op. klei- ne Blutungen, die nach 48 Stunden spontan aufhören.
-	Aufnahme wegen Plazentaretention p. ab. Wegen Sympto- me einer EU- Kol- potomie anschlie- ßend Op.	linke Tube Ruptur	Penicillin, Cü- rettage, Lapa- rotomie.	-
-	-	linke Tube	Cürettage, Lap.	-
-	Notaufnahme wegen EU-Ruptur rechts.	rechte Tube Ruptur	Lap. m. Entf. d. rechten Adnexe, Cürettage.	-
-	-	Tube	Laparotomie	Kurzreferat
-	-	Tube	Interruptio, Laparotomie.	Kurzreferat
-	-	-	Laparotomie, Spontangeburt.	Kurzreferat
-	Nur EU diagnosti- ziert, IU durch Abort erkannt.	rechte Tube Ampulle Ruptur	Lap. mit Exci- sion der rech- ten Tube.	Äußere Überwan- derung, 1 Corp. lut. grav. links. EU rechts.
-	Aufnahme erfolgte mit Verdacht auf wahrscheinliche EU, durch Op. bestätigt, IU erst histologisch festgestellt.	rechte Tube Ruptur	Dilatation, Cü- rettage, Lap. mit Entfernung d. rechten Tube.	1 Corp. lut. grav. rechts.
-	P. part. fühlte Pat. Tumor im Leib und Kindestbewegungen. Wegen Wehens- schwäche bedingt durch Fibromyom od. Ovarialzyste Entschluß zur sectio caesarea.	links (Ovar und Tube nicht mehr vorhanden)	Lap. m. Ent- wicklung des 2. Kindes aus II- Querlage. Ent- fernung d. Fruchtsackes u. d. rechten Tube.	Abdominalgravidität. Plazenta hatte 3 außergewöhnliche Quellen d. Blutver- sorgung: 1. Verbin- dung z. Omentum majus, 2. arteria ovarica, 3. ramus ovaricus d. at. uterina.
-	Nach Douglasspunk- tion Diagnose Grav. mens III. ab. tuba- rius dexter in An- lehnung an das kli- nische Bild.	rechte Tube Ampulle	Laparotomie	Richtige Diagnose.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
261	Järvinen P. A. 1953	32 Jahre	mens II-III	mens II-III	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
262	Järvinen P. A. 1953	35 Jahre	mens III	mens III	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
263	Järvinen P. A. 1953	36 Jahre	mens III	mens III	Gen.	durch Cürettage entf. a. op.	operativ entfernt
264	Järvinen P. A. 1953	39 Jahre	mens IV	mens II	Gen.	Fehlgeburt p. op.	operativ entfernt
265	Järvinen P. A. 1953	30 Jahre 1 Geburt 1 EU-rechts	mens IV	—	Gen.	Fehlgeburt p. op.	operativ entfernt
266	Rannels H. 1953	—	ausgetragen	—	Gen.	lebend rei- fes Kind	operativ entfernt
267	Kazmann H. A. Barnett L. A. Park A. 1953	24 Jahre 2 Geburten	ausgetragen	mens III	Gen.	lebend rei- fes Mädchen	operativ entfernt
268	Nandi Gorachand 1953	27 Jahre 3 Geburten	ausgetragen	ausgetragen	Gen.	lebend rei- fes Kind	lebend rei- fer Knabe ohne Miß- bildungen
269	Steadmann H. E. 1953	—	—	—	Gen.	Frühgeburt	operativ entfernt
270	di Paola G. Ferro E. V. 1953	24 Jahre	besteht weiter	mens II	Gen.	besteht weiter	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	Tubarabort durch Untersuchung und Op. bestätigt. IU nicht erkannt, erst durch Histologie.	rechte Tube Ampulle Abort	Laparatomie, Cürettage.	-
-	Nach Douglaspunktion Lap. wegen EU. Uterus vergrößert, IU bei Abort erkannt.	linke Tube Ampulle	Lap. m. Entf. d. linken Tube. Cürettage.	Anamnese: Ovariitis und Parametritis, Hydrosalpings links Myomenukulation.
-	EU bei Op. bestätigt. IU nach instrumenteller Abtreibung nach histologisch nachgewiesen.	rechte Tube Ruptur	Cürettage und canalisatio cavi abdominis a. m. Landau nach Abtreibung. Lap. d. EU.	Die bei der Op. gefundene Ruptur ging durch die seitliche Fornix bis zur Vagina. Koageln u. Gewebeteile führten zur Blutstillung.
-	Einweisung: Ovarialzyste links. Bei Op. Uterus faustgroß.	rechte Tube	Lap. m. Entf. d. rechten Tube. Cürettage nach d. Fehlgeburt.	-
-	Zuerst ab. immnens, dann a. op. Grav. mens III u. Grav. tub. sin. Bei Op. IU und EU bestätigt.	-	Behandlung zur Abortverhütung, Lap.	Richtige Diagnose.
-	-	Ovar	Laparotomie	Pathologisch-anatomisch einwandfreie Ovarialgravidität.
-	EU a. op. erkannt, an die Möglichkeit einer IU gedacht. Op. wegen innerer Blutungen.	rechte Tube Ruptur	Lap. m. Entf. d. rechten Tube.	1 Corp. lut. grav. rechts.
-	50 Tage p. part. wegen Tumor im Leib in die Klinik. Röntgenaufnahme ergab EU. Kindliche Teile leicht tastbar. Herztöne ebenfalls vorhanden. Wahrscheinlich Fall von Superföation.	Plazenta an d. Rückwand des Fruchtsackes mehr nach links	Lap. m. Entwicklung d. Kindes (keine Mißbildungen). Der mütterliche Sitz d. Plazenta wurde nicht erforscht.	Genesung, Plazenta nach 6 Monaten $\frac{3}{4}$ resorbiert. Das IU-Kind starb nach 3 Monaten an Bronchopneumonie. EU-Kind war nach 6 Monaten vollkommen gesund.
-	-	-	Laparotomie	3 Monate p. op. partus preamaturus.
-	EU erkannt und op. Uterus entsprach mens II. IU 15 Tage p. op. durch Friedmann-Test bestätigt.	linke Tube Ruptur	Lap. m. Entf. d. linken Tube.	-

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
271	di Paola G. Ferro E. V. 1953	27 Jahre 1 Geburt 2 prov Aborte 1 EU	mens II	mens II	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
272	di Paola G. Ferro E. V. 1953	28 Jahre	mens II-III	mens II-III	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
273	di Paola G. Ferro E. V. 1953	39 Jahre 1 Geburt	ausgetragen	mens II	Gen.	ausgetragen	operativ entfernt
274	Iklé A. Reiniger M. 1954	22 Jahre 1 Geburt	35 Wochen	35 Wochen	Gen.	frühreif le- bend gebo- renes Mäd- chen	totes ni- ganz reif Mädchen
275	Fuhrmann L. 1954	34 Jahre 1 Geburt 1 Abort	mens II-III	mens IV	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
276	Hohlbein R. 1954	38 Jahre 2 Geburten 1 Abort	mens II	mens II	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
277	Labry R. Neumann E. 1954	29 Jahre	mens II	mens II-III	Ger.	durch Cürettage entf. a. op.	operativ entfernt
278	Reeve C. P. Savaresee M. F. R. 1954	-	ausgetragen	-	Gen.	lebendes Kind	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	IU festgestellt. Bei akuter Verschlechterung m. Tachykardie Douglaspunktion positiv.	rechte Tube Ruptur	Lap. m. Entf. d. rechten Tube.	Vor 5 Jahren Tubenschwangerschaft, anschließend Sterilität. Richt. Diagnose
-	IU war zuvor festgestellt. Wegen akuten Bauch und Fehlen einer Genitalblutung EU vermutet, durch Douglaspunktion bestätigt.	rechte Tube Ruptur	Lap. m. Entf. d. rechten Tube. Behandlung zur Abortverhütung.	Richtige Diagnose.
-	Op. wegen Appendicitis akuta bei gleichzeitiger IU. Dabei EU gefunden.	rechte Tube Abort	Lap. m. Entf. d. rechten Adnexe (Ovar zystisch vergrößert).	3 Jahre vorher Myomektomie.
-	Erst EU, dann IU, dann Zwillinge angenommen. Bei Nachtastung wegen des zweiten Kindes EU festgestellt.	linke Tube Fimbrienende	Lap. m. Entwicklung d. 2. Kindes und Entfernung d. linken Adnexe. Hydrocephalus m. Klumphänden u. Hackenfüßen, d. kurz vor od. i. Op. abgestorben war.	Fast ausgetragene EU die im III. Monat trotz Klinikbeobachtung nicht operiert wurde, da die Diagnose auf Zwillinge berichtigt wurde. 1 Jahr p. part. Interruptio abdominalis aus psychiatrischer Indikation.
-	An EU gedacht. Endometritis, Adnextumor links, Zustand p. ab.	linke Tube	Cürettage in anderer Klinik. Konservativ, Lap. m. Entf. d. EU mit Spontandurchbruch in d. Darm.	Differentialdiagnostisch außerordentliche Schwierigkeiten. EU-Kind stark mißbildet. (Klumpfüße, Kompression d. Gesichts und knöch. Schädels, in Flexionshaltung gekrümmt, fixierte Hände).
-	IU-Abort mit Adnextumor oder Tubarabort. Nach Douglaspunktion gesichert.	linke Tube Ampulle	Stumpfe Cürettage, Lap. m. Entfernung der linken Tube.	Verfasser glaubt an isochrone Zwillingstrag. wobei Superfecundatio nicht unmöglich.
-	Zuerst Abort, Plazentaretention, dann Reaktionsadnexitis, wegen Annahme einer Pyosalpinx op.	rechte Tube Ruptur	Cürettage, antibiotische Behandlung d. Reaktionsadnexitis, Lap. m. Entf. d. rechten Tube.	10 Tage p. op. erlitt Patientin einen Lungeninfarkt. Genesung.
-	Erst während der Op. richtig gestellt.	Tube Ruptur	Laparotomie	-

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
279	Kilkenny G. S. Gutglass M. F. Collins E. G. 1954	—	—	—	—	—	operativ entfernt
280	Jelenek J. 1954	—	—	—	—	operativ entfernt	operativ entfernt
281	Armitage G. L. Armitage H. V. 1955	31 Jahre 2 Geburten	ausgetragen	mens III	Gen.	lebend rei- fes Mädchen	operativ entfernt
282	Lawson J. G. Chauler F. J. G. 1955	18 Jahre 1-para	mens II	mens II	Gen.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
283	Delestre M. 1955	22 Jahre 1 Geburt	besteht weiter	mens II—III	Gen.	besteht weiter	operativ entfernt
284	Bhonsale J. N. 1955	—	—	—	—	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
285	Parker (n. Vasicka u. Grable) 1955	—	ausgetragen	ausgetragen	Gen.	lebendes Kind	lebendes Kind
286	Viviano J. G. 1956	32 Jahre	ausgetragen	mens II	Gen.	lebend rei- fes Mädchen	operativ entfernt
287	Judelmann H. 1956	36 Jahre 2 Geburten 2 Aborte	ausgetragen	—	Gen.	lebend rei- fes Kind	toter unrei- fer Knabe

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	Fraglicher Ovarialtumor im Douglas bei unklaren Unterleibschmerzen. Op. sichert die richtige Diagnose.	-	Laparotomie	-
-	Laut Überschrift ein im voraus richtig diagnostizierter Fall	Tube	Laparotomie, wobei der Uterus wegen heftiger Blutung entleert wurde.	Richtige Diagnose. Kurzreferat.
-	IU bei Aufnahme bekannt (mens III). Op. wegen Appendicitis, dabei EU gefunden.	rechte Tube Ruptur	Lap. m. Entf. d. rechten Tube.	3 Graviditäten. 1 intra, 2 extra. Die Vergrößerung des Uterus wurde bei Op. der EU zugeschrieben, dann aber IU angenommen.
-	EU auf Grund des allgemeinen Erscheinungsbildes. Bei der Op. Verdacht auf IU, im Op.-Bericht festgehalten.	rechtes Ovar	Lap. m. Entf. d. rechten Ovars. Hormonbehandlung zur Abortverhütung.	Primäre Ovarialgrav. 1 Corp. lut. grav. rechts.
-	IU festgestellt. Wegen Blutung Op. da rechts neben d. Uterus eine Masse war, die für EU gehalten wurde. Bei Op. dann IU zusätzlich.	rechte Tube Abort	Konservativ, Lap. m. Entf. d. rechten Tube. Hormonbehandlung zur Abortverhütung.	Die IU war durch Labortest bestätigt. Trotzdem wurde nach Blutung EU angenommen.
-	Erst nach Eröffnung des Abdomens richtige Diagnose gestellt.	Ovar	Laparotomie	Ovarialgravidität.
-	49 Tage p. part. wurde EU festgestellt.	Plazenta an d. Vorderfläche d. lig. lat. sin.	Lap. mit teilweiser Entfernung d. Plazenta.	Abdominalgravidität.
-	EU vermutet, durch Douglaspunktion gesichert, IU erst p. op. erkannt.	linke Tube Isthmus	Lap. m. Entf. d. linken Tube.	1 Corp. lut. grav. rechts, retrospectiv glaubt Verf. an ein zweites.
-	6 Wochen p. part. ergab Lap. EU.	Plazenta war m. dem Netz verwachsen	Lap. m. Entf. d. EU-Frucht. Zurücklassung d. vollentwickelten Plazenta. Drainage.	Abdominalgravidität. Op. erfolgte nach Ablassen von schokoladig eitriger Flüssigkeit, ohne exakte Diagnose.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
288	Rechnagel K. 1956	30 Jahre 1 Geburt 1 Abort	ausgetragen	-	Gen.	lebend rei- fes Mädchen	operativ entfernt
289	Kovacs L. Balint G. 1956	28 Jahre 2 Geburten	mens I-II	mens I-II	Ger.	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
290	Wojtasik R. 1956	33 Jahre 5 Geburten	besteht weiter	mens IV	Gen.	besteht weiter	operativ entfernt
291	Vasicka J. A. Grable E. E. 1956	39 Jahre 7 Geburten (einmal Zwillinge und einmal Sectio)	mens IX	mens IX	Gen.	lebendes Mädchen	lebendes Mädchen
292	Vasicka J. A. Grable E. E. 1956	27 Jahre 7 Geburten 1 Abort	besteht weiter	mens III	Gen.	besteht weiter	operativ entfernt
293	Winer A. E. Bergmann W. D. Fields Ch. 1957	25 Jahre 2 Aborte	mens II	mens III-IV	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
294	Winer A. E. Bergmann W. D. Fields Ch. 1957	29 Jahre 2 Geburten	ausgetragen	mens II	Gen.	lebend rei- fer Knabe	operativ entfernt
295	Winer A. E. Bergmann W. D. Fields Ch. 1957	26 Jahre 2 Geburten	ausgetragen	mens II	Gen.	lebend rei- fes Mädchen	operativ entfernt

Todesursache	Diagnose	Sitz des extra-	Therapie	Bemerkung
der Mutter	wann? wie?	uterinen Eies		
-	Op. wegen EU, Uterus vergrößert (mens III) IU vermutet.	rechtes Ovar	Lap. m. Entf. d. rechten Adnexe.	Ovarialgravidität.
-	Zuerst Appendicitis, dann Tumoradnexitis links, Adnexitis rechts. Op. wegen Appendicitis. Uterusvergrößerung d. EU entsprechend. IU erst durch histol. Befund festgestellt.	linke Tube Ampulle	Konservativ, abwartend, Lap. m. Entf. d. linken Tube und Resektion des zystischen Ovarteils, Appendektomie.	-
-	Appendicitis akuta bei Grav. mens IV. Bei Op. EU gefunden. IU bestätigt.	rechte Tube Abort	Lap. m. Entf. d. rechten Tube.	-
-	A. op. durch Tastbefund und röntgen richtige Diagnose gestellt. Wegen früherer Sectio m. T.-Schnitt an EU gedacht.	linke Tube Ovarialgrav.	Lap., sectio caesarea und Entwicklung des EU-Kindes. Supracervicale Hysterektomie d. EU-Plazenta wegen spontaner Lösung.	Tubo-ovarialgrav. Zwillingsanamnese. Richtige Diagnose. 23 Tage p. op. Relaparotomie mit Entf. v. 200 ccm Flüssigkeit mit nekrotischem Material. Mutter und Kinder 44 Tage p. part. entlassen.
-	Nach Douglaspunktion op. u. EU bestätigt gefunden. P. op. Frosttest wieder positiv. 4 Wochen p. op. Grav. mens IV erkannt.	linke Tube Ruptur	Behandlung wegen „akuter Beckenentzündung“, Lap. m. Entf. der linken Tube.	5 Mal unregelmäßige vaginale Blutungen vor der Op.
-	IU durch Spontanabort p. ab. Sepsis vermutet. Wegen EU-Verdacht Operation.	rechte Tube	P. ab Cürettage, Lap. m. Entf. d. rechten Adnexe.	-
-	EU rechts vermutet. Stielgedrehte Ovarialzyste bei IU.	rechte Tube Ampulle	Lap. mit Entf. d. rechten Tube.	-
-	Nach Kolpocentese EU gesichert. 12 Wochen p. op. verspürt Pat. erste Kindsbewegung.	linke Tube Abort	Lap. m. Entf. d. linken Adnexe.	Äußere Überwanderung. 1 Corp. lut. grav. rechts. EU links.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
296	Chapman J. D. 1957	23 Jahre 1-para	ausgetragen	ausgetragen	Gen.	lebendes Mädchen	lebende Mädchen
297	Finotti A. 1957	—	—	—	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
298	Finotti A. 1957	—	—	—	—	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
299	Finotti A. 1957	—	ausgetragen	—	Gen.	lebend rei- fer Knabe	operativ entfernt
300	Finotti A. 1957	3 Aborte	—	—	—	Spontan- abort p. op.	operativ entfernt
301	Lakatos J. 1958	38 Jahre 3 Geburten	mens III	mens III	Gen.	Spontan- abort a. op.	operativ entfernt
302	Lakatos J. 1958	28 Jahre	mens VIII	mens VIII	tot	totes unrei- fes Mädchen Todesur- sache ech- ter Nabel- schnurknot.	lebendes unrei- fes Mädchen (Mißbildung)
303	Strakosch W. 1958	—	—	—	—	durch Cürettage entf. a. op.	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	IU bekannt, durch Röntgenaufnahmen Zwillinge gefunden. Eine Kopf-, eine Querlage, daher sectio caesarea, dabei EU-Kind gefunden.	Plazenta, Seitenfläche d. Uterus, Sigmoid Aorta abd. links	Lap. m. Entwicklung beider Kinder 15 Tage vor dem Termin. Plazenta in toto entf.	Primäre Abdominalgravidität. Linke Adnexe völlig normal. Mutter und lebende Kinder entlassen.
-	Die Feststellung beider Graviditäten gelang nicht primär.	Tube	Lap. m. Entfernung d. Adnexe.	Alter zwischen 33 u. 38 Jahren, Durchschnitt 34 Jahre.
-	Die Feststellung beider Graviditäten gelang nicht primär.	Tube	Lap. m. Entfernung d. Adnexe.	Störungsbeginn zwischen 6 und 8 Wochen, Durchschnitt 6 1/2.
-	Bei Op. Uterus größer als zur EU passend. Am 4. und 12. Tag p. op. Labortest f. IU positiv. 1 Corp. lut. grav. links u. rechts.	Tube	Lap. m. Entfernung d. Adnexe.	Zweimal war Abortausräumung der erste Eingriff, zweimal die Laparotomie.
-	Die Feststellung beider Graviditäten gelang nicht primär.	Tube	Lap. m. Entfernung d. Adnexe	
-	Drohender Abort. Adnextumor, neben dem Uterus getastet, der f. Dermiozyste oder EU gehalten wurde.	rechte Tube	Uterusentleerung bei Abort, anschließend Lap. m. Entfernung der rechten Tube.	-
Innere Verblutung	Trotz wiederholter Untersuchungen und zweimaligem Röntgen EU nicht festgestellt. Uterusaustastung p. part. ebenfalls erfolglos. Op. wegen Peritonitis nach Appendixperforation oder Gallenblasenempyem; dabei EU gefunden.	linke Tube	Manuelle Nachtastung p. part. wegen Cotyledoretention. Lap. mit Entfernung einer lebenden weiblichen Mißgeburt und der linken Adnexe. Bei Lösung der Plazenta vom Bauchfell und Darmerosa heftige Blutung, daher teilweise Belassung.	Heftige Schwangerschaftsbeschwerden (Bauchkrämpfe, Obstipation). Im 8. Monat Toxikoseerscheinungen (Oedeme Albuminurie, erhöhter Blutdruck). 20 Minuten p. op. Exitus. Bei Sektion 1450 ccm Blut in der Bauchhöhle.
-	IU bei inkompletten Abort durch Histologie bestätigt. EU bei Op. in anderer Klinik gefunden.	Tube Ruptur	Cürettage, Laparotomie.	Genauere Daten nicht mehr vorhanden, da d. Unterlagen durch Kriegseinwirkung verloren gingen. Persönl. Mitteilung d. H. Dr. Strakosch.

Nr.	Beschrieben von	Alter Geburten Aborte	Schwangerschaftsdauer		Mutter	Endergebnis	
			intra - uterin	extra -		intraut. Frucht	extraut. Frucht
304	Muller W. D. 1958	37 Jahre 9 Geburten	ausgetragen	mens II-III	Gen.	lebend reifer Knabe	operativ entfernt
305	Mulla N. Johns W. C. 1958	41 Jahre 12 Geburten 3 Aborte	ausgetragen	—	Ger.	lebend reifer Knabe	operativ entfernt
306	Kepp 1958/59	pluri-para	mens III	mens II-III	Gen.	Spontan-abort a. op.	operativ entfernt
307	Leyrer G. R. 1958	31 Jahre 4 Geburten 1 Abort	ausgetragen	mens II	Gen.	lebend reifes Mädchen	operativ entfernt
308	Leyrer G. R. 1958	27 Jahre 2 Geburten	mens II	mens II	Gen.	Spontan-abort p. op.	operativ entfernt

Todesursache der Mutter	Diagnose wann? wie?	Sitz des extra- uterinen Eies	Therapie	Bemerkung
-	Intakte IU angenommen trotz Einweisung auf EU. Änderung der Diagnose wegen Schmerzzunahme auf EU die sich operativ bestätigte. Uterus vergrößert. P. op. bei Nachschau IU klar erkannt.	rechte Tube Abort	Laparotomie mit Resektion d. rechten Tube.	Zwillingsanamnese. Zweieiige Zwillinge vor einem Jahr.
-	IU festgestellt bei Fundusstand 16 cm über der Symphyse vorhandenen KHT. Im Op.-Präparat EU gefunden.	rechtes Ovar	Behandlung der Schwangerschaftstoxikose und der Pneumonie. Lap. mit Entfernung der rechten Adnexe und Unterbindung der linken Tube.	Ovarialgravidität. Pneumonie in der Grav. Op. erfolgte zur Klärung der immer bestehenden Unterleibsschmerzen und zum Zwecke der Sterilisation.
-	Wegen Verdacht auf EU eingewiesen. Nach Entfernung der IU kein Adnexbefund. Bei der 3. Aufnahme wurde unter EU-Annahme operiert, was sich als richtig erwies.	rechte Tube Ruptur Ampulle	Abortausräumung. Behandlung wegen vermuteter Endometritis und Adnexitis p. ab. Lap. m. Entfernung der rechten Tube.	Differentialdiagnostische Schwierigkeiten nach Meinung d. Verfassers, wenn nach Fehlgeburt auch noch EU besteht.
-	EU klar erkannt und op. IU nicht erkannt. Bei Nachuntersuchung IU festgestellt, die als neue IU angesprochen wurde.	rechte Tube Ampulle Ruptur	Lap. m. Entfernung der rechten Tube.	Der Niederkunfts-termin der neuen IU wurde für Mitte April errechnet. Das Mädchen wurde 2 Monate früher geboren und war vollkommen reif. IU muß zur Zeit der Operation bereits bestanden haben.
-	Adnexitis links bei Grav. Vielleicht EU? Dann wegen EU Op. 3 Tage p. op. durch Spontanabort IU gefunden.	linke Tube Ruptur	Lap. m. Entfernung der linken Adnexe (Ovarzystisch degeneriert). Cürettage. Zuvor Konservativ zur Abortverhütung und Heilung der Adnexitis.	Im linken Ovar befand sich ein großes Corp. lut. grav.

III. Teil

Ergebnisse der Kasuistik.

Gleichzeitige intra- und extrauterine Schwangerschaft ist nach Meinung mancher Autoren nicht allzuselten. Die gesammelten 554 Fälle der Weltliteratur – 246 der älteren und 308 der voranstehenden Kasuistik – scheinen diese Behauptung zu bestätigen.

Einzelne Veröffentlichungen enthalten Mitteilungen über die Häufigkeit dieser geburtshilflichen Komplikationen. Marten und Meyer fanden auf je 105, DeVoe und Pratt jedoch erst auf je 125 ektopische Graviditäten einen Fall von gleichzeitiger Intra- und Extrauterin gravidität. Letztere berichten aus der Mayo-Klinik über das zweimalige Auftreten unter 13 367 Geburten. Nach Sherman (zit. n. Sickenberger) kommt erst auf 30 000 Schwangerschaften ein solcher Fall. Studdiford stellt fest, daß an seiner Klinik dieser Zustand zwischen 1918 und 1944 nur einmal beobachtet wurde. Die zwei neuen kasuistischen Beiträge sind die ersten Fälle unter über 70 000 Geburten seit Bestehen der Staatlichen Frauenklinik Bamberg und stellen damit schon ein seltenes Ereignis dar.

Da das Krankheitsbild jedoch innerhalb Jahresfrist zweimal beobachtet wurde, ist eine Annahme über die Häufigkeit des Vorkommens ohne besonderen Wert, denn das Verhältnis 1: rund 35 000 würde selbstverständlich für eine große Rarität sprechen, das von 1: rund 1000 aber ein der Wirklichkeit nicht entsprechendes, häufiges Auftreten dieses Zustandes vortäuschen würde. Eine geburtshilfliche Komplikation, die in 250 Jahren – von 1708 bis 1958 – nur 554 mal sicher festgestellt und beschrieben wurde, darf mit ruhigem Gewissen eine „Seltenheit“ genannt werden. Auch die Erhöhung der Gesamtzahl durch die erwähnte Gruppe von 50 Fällen, wenn sie vollzählig aufgenommen werden müßte, würde ihr diese Bezeichnung nicht streitig machen. Obgleich die überwiegende Mehrzahl der Veröffentlichungen den letzten 50 Jahren angehört, unterstreicht eine Gegenüberstellung mit den Millionen normaler Schwangerschaften im gleichen Zeitraum nur die große Seltenheit der isochronen Intra- und Extrauterin gravidität.

Aus den einzelnen Rubriken der synoptischen Tabelle der Kasuistik lassen sich außerdem noch einige Ergebnisse entnehmen, die von theoretischer und klinischer Wichtigkeit in den Fragen bezüglich der gleichzeitigen intra- und extrauterinen Schwangerschaft sind. F. v. Neugebauer stellt dafür 16 Punkte auf, die auch in dieser Arbeit im Rahmen ihrer Gliederung voll berücksichtigt werden.

Alter der Frauen

Von 308 Mitteilungen fehlte 64 mal die Altersangabe. Die verbleibenden 224 Fälle verteilen sich wie folgt:

Alter:	16	18	20	21	22	23	24	25	26	27
Anzahl:	1	1	4	5	6	4	10	10	17	12
Alter:	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
Anzahl:	20	16	12	14	14	12	11	17	15	9
Alter:	38	39	40	41	42					
Anzahl:	14	10	3	4	3					

Die größte Häufigkeit findet sich wie erwartet in der aktivsten Gebärdzeit zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr mit der Höchstzahl bei 28 Jahren.

Anzahl der früheren Schwangerschaften

In nur 65 der 308 Fälle finden sich Angaben über vorher durchgemachte Aborte (provozierte und spontane).

Anzahl der Aborte:	I	II	III	IV	V	VI
--------------------	---	----	-----	----	---	----

Zahl der Patientinnen:	36	20	5	2	1	1
------------------------	----	----	---	---	---	---

Weiter ist interessant, daß bei 9 Frauen anamnestisch eine Zwillingsschwangerschaft und bei 7 Patientinnen eine extrauterine Schwangerschaft früher bestanden hatte.

Mit der gleichzeitigen intra- und extrauterinen Schwangerschaft kamen als

Para:	I-	II-	III-	IV-	V-	VI-	VII-	VIII-
-------	----	-----	------	-----	----	-----	------	-------

Anzahl:	38	67	44	20	10	11	6	10
---------	----	----	----	----	----	----	---	----

Para:	X-	XI-	XIII-	multi-para (nicht wieviel)
-------	----	-----	-------	----------------------------

Anzahl:	4	1	1	3
---------	---	---	---	---

Zusammen 215. Der Rest von 93 Fällen enthält keine Angaben über frühere Entbindungen. Überraschend hoch ist die Zahl der Zweitgebärenden, während v. Neugebauer und Bergmann die Anzahl der betroffenen I-para hervorheben. Eine Gegenüberstellung möge dies veranschaulichen.

Autor	Anzahl d. Fälle	I-para	II-para	III-para
v. Neugebauer (erste Arbeit)	124	24	19	18
Bergmann	178	21	32	30
Gemmel u. Murray	160	27	36	39
neue Kasuistik	215	38	67	44

Gemmel und Murray leiten aus diesem Umstand eine Möglichkeit der Prädisposition durch frühere Geburten und Wochenbettkomplikationen ab, da bei ihnen die Zahl der betroffenen III-para noch höher liegt. Zweit- und Drittgebärende zusammen enthalten bei ihnen 46,87 % ihrer Fälle, während der Anteil dieser beiden Gruppen bei uns sogar 51,62 % beträgt, was aber sicher altersbedingt ist.

Sitz des gleichzeitigen extrauterinen Eies

Es findet sich keine Angabe in 16 Fällen. Die übrigen 292 verteilen sich wie folgt:

Sitz	Anzahl
rechte Tube	114
linke Tube	101
rechte und linke Tube	2
nur Tube	26
rechtes Ovar	7
linkes Ovar	5
nur Ovar	3
rechte Adnexe	1
linke Adnexe	2
nur rechte Seite	1
nur linke Seite	5
Interstitielle Gravidität	6
Tubo-abdominalgravidität	3
primäre Abdominalgravidität	2
secundäre Abdominalgravidität	14
zusammen	292

Dauer der gleichzeitigen intra- und extra-uterinen Schwangerschaft

Das Alter der beiden Graviditäten, soweit es nicht schon von den einzelnen Verfassern irgendwie angegeben ist, wurde wenn es möglich war, von der letzten Menstruation bis zum Tage der Operation bzw. des Abortes berechnet. Unberücksichtigt wurde dabei gelassen, ob beide Schwangerschaften gleichzeitig – was für den Großteil der Fälle wahrscheinlich ist – oder nicht zur gleichen Zeit begannen. Im einzelnen bestanden die

	intrauterine – extrauterine Gravidität		
bis mens	I	1	5 mal
bis mens	I – II	10	17 mal
bis mens	II	32	61 mal
bis mens	II – III	28	48 mal
bis mens	III	29	41 mal
bis mens	III – IV	5	13 mal
bis mens	IV	11	13 mal
bis mens	IV – V	4	3 mal
bis mens	V	5	4 mal
bis mens	V – VI	2	0 mal
bis mens	VI	1	1 mal
bis mens	VI – VII	2	0 mal
bis mens	VII	2	1 mal
bis mens	VIII – VIII	3	2 mal
bis mens	IX	2	1 mal
bis mens	IX	0	2 mal
		137	212 mal
ausgetragen		108	19 mal
weiter bestehen		21	0 mal
keine Angaben		42	77 mal
zusammen		308	308

Diese Zusammenstellung zeigt klar, daß die meisten Fehlgeburten in die Zeit zwischen mens II und mens III fallen. Während sonst der kritische Zeitpunkt besonders bei mens III liegt, tritt infolge der Komplikation durch die gleichzeitige Extrauterin gravidität mit ihren Folgen und der ihretwegen durchgeführten Laparotomie der Spontanabort bereits früher bei mens II oder kurz danach ein. Durch Zahlen ausgedrückt lautet dieses Verhältnis:

Von 89 Aborten in dieser Zeitspanne entfallen 60 auf den früheren Zeitpunkt.

Das umgekehrte Verhalten zeigt die extrauterine Schwangerschaft. Sie findet sonst ihr gewöhnliches Ende im frühen inneren oder äußeren Fruchtkapselaufbruch. Dieser scheint durch das Bestehen einer gleichzeitigen intrauterinen Schwangerschaft hintangehalten zu werden, infolge der Schwangerschaftshypertrophie und -hyperämie und der dadurch vorgefundenen besseren Entwicklungsmöglichkeiten. Im gleichen Zeitraum ihrer frühen Gefährdung endet daher dieselbe erst später. Die Zahlen hierfür sind:

Von 150 Fällen ektopischer Schwangerschaft enden 89 zu einem späteren Zeitpunkt als erwartet.

Diese Tatsache wird durch die ebenfalls noch hohe Anzahl bei mens III-IV und mens IV sowie durch das Endergebnis deutlich unterstrichen.

Fr. v. Neugebauer vermutete bereits diese Wechselwirkung der beiden gleichzeitigen Schwangerschaften auf einander, die sich erstmalig mit Zahlen belegen ließ.

Endergebnis für die Mutter

Daß die isochrone Intra- und Extrauterin gravidität eine ernstzunehmende Komplikation einer Schwangerschaft darstellt und die werdende Mutter aufs schwerste belastet, beweist ihre hohe Letalität. In seiner ersten Arbeit zählte v. Neugebauer auf 153 Patientinnen 47 Todesfälle oder eine Sterblichkeit von 30,7 %. Seine zweite Zusammenstellung enthält 6 Todesfälle auf 65 gesammelte Fälle mit 9,23 % Letalitätsprozent. Es bezahlten, beide Arbeiten zusammengekommen, von 218 Frauen 53 das Hinzukommen einer ektopischen zu einer topischen Gravidität mit ihrem Leben, was einer Gesamtletalität von 24,3 % entspricht.

In Gemmel und Murray's Statistik verringert sich die Letalität auf 20,7 % für seine ganze Sammlung oder eine solche von 14,4 % Prozent bei Ausschluß der Fälle, bei denen dieser Zustand erst als Sektionsbefund erhoben wurde und die daher keinerlei Behandlung erfahren hatten.

In der neuen Kasuistik fehlt die Angabe über den Ausgang für die Mutter unter 308 Fällen nur 22 mal. Von den verbleibenden 286 Frauen starben 13, was einer Gesamtletalität von nur 4,54 % entspricht. Zieht man von den 13 Todesfällen noch die 4 ab, bei denen es sich um reine Autopsiebefunde handelt und denen eine therapeutische Hilfe nicht zuteil wurde, so beträgt die Sterblichkeit nur 3,14 %.

Als Todesursache sind im einzelnen angegeben:

Bei Fall 3	Innere Verblutung ehe eine Operation möglich war (S = Sektionsbefund).
Bei Fall 24	Sepsis nach Laparotomie bei der auf Wunsch keine Operation ausgeführt wurde.
Bei Fall 35	Starker Blutverlust.
Bei Fall 39	Pelvipерitonitis septica.
Bei Fall 53	Lungentuberkulose (S).
Bei Fall 56	Tod 15 Tage p. op. Ursache nicht angegeben.
Bei Fall 78	Herzschwäche i. op. (S).
Bei Fall 116	Innere Verblutung nach Verweigerung der Operation (S).
Bei Fall 126	Innere Verblutung trotz Infusion. Exitus eine halbe Stunde p. op.
Bei Fall 148	Herzschwäche durch starken Blutverlust.
Bei Fall 180	Innere Verblutung und Infektion Exitus eine halbe Stunde p. op. (S).
Bei Fall 223	Massive Gehirnblutung bei generalisierter Lues (S).
Bei Fall 302	Innere Verblutung nach Lösungsversuch der Plazenta.

Endergebnis der Intrauterin gravidität

Keine Angabe über den Ausgang der intrauterinen Schwangerschaft war in 7 Fällen vorhanden. Der Rest teilt sich auf wie folgt:

Bei Operation oder durch Cürettage zerstört oder entfernt wurde sie 18 mal. 4 Patientinnen provozierten einen Abort. Eine Interruption aus medizinischer Indikation oder auch auf Wunsch wurde bei 7 Frauen vorgenommen. 124 mal kam es zum Abort, bei 60 Schwängern a. op., bei 64 p. op. In 3 Fällen ist nur Abort angegeben.

Der mütterliche Tod bedingte gleichzeitig die normale Entwicklung im Uterus von 7 Früchten. Zur Frühgeburt mit toter Frucht kam es dreimal. Ein Kind wurde reif spontan tot geboren (Fall 42); ein anderes (Fall 302) war wegen eines ech-

ten Nabelschnurknoten abgestorben und wurde ebenfalls vorzeitig ausgestoßen; ein drittes mußte wegen Hydrocephalus durch Kranioklasie entwickelt werden (Fall 31). In Unkenntnis des wirklichen Geschehens starb die Frucht wegen Übertragung einmal in utero ab (Fall 198).

Von 21 Verfassern wird über den Fortbestand der intra-uterinen Schwangerschaft nach Laparotomie der extrauterinen berichtet. In 111 Fällen endete dieselbe mit der Geburt eines lebenden Kindes oder lebender Zwillinge.

Von den 115 lebend geborenen Kindern (viermal Zwillinge) starben 9 (sieben und einmal Zwillinge), so daß insgesamt 106 am Leben blieben.

Endergebnis der Extrauterin gravidität

In den meisten Fällen endet die ektopische Gravidität durch Tubarabort oder durch Tubarruptur. Ob die erste oder die zweite Form den normalen Ausgang darstellt, ist noch umstritten. Soweit von den einzelnen Verfassern überhaupt Mitteilungen über die Art der Störung gemacht wurden, überwiegt der äußere Fruchtkapselaufbruch mit 119 bei weitem den inneren mit nur 29 Fällen. Leider fehlt in den meisten (160) Fällen eine präzise Angabe hierüber. Trotzdem überwiegt die Ruptur bei gleichzeitiger Intra- und Extrauterin gravidität stark, wie das Verhältnis Tubarruptur: Tubarabort klar aufzeigt. Der Grund hierfür liegt wohl darin, daß die Entwicklung der ektopischen Frucht durch die Existenz der topisch implantierten begünstigt wird. Sie erreicht ein höheres Alter wie oben gezeigt wurde und endet, wenn ihre Wachstumsmöglichkeiten sich erschöpft haben auf Grund ihrer dann größeren Vitalität häufiger durch die Ruptur.

Da die extrauterine Schwangerschaft, sobald sie in ihrer Frühzeit erkannt wird, ausschließlich zur operativen Behandlung kommt, ist auch die Entfernung durch Laparotomie ihr häufigstes Resultat. Damit verringern sich die Möglichkeiten zu einem wirklichen Endergebnis zu gelangen direkt im umgekehrten Verhältnis. Dies kommt auch in der kleinen Zahl von 36 Fällen von insgesamt 308 zum Ausdruck die zur Auswertung verbleiben. Sie teilen sich im einzelnen auf wie folgt:

In 2 Fällen keine Angaben.

In 5 Fällen wurde die extrauterine Schwangerschaft nicht entfernt, weil es nicht gewünscht, nicht erlaubt wurde, oder weil sie nicht erkannt worden war.

In 2 Fällen bildete sich ein Lithopädon aus, nachdem die ektopische Frucht der einzigen Schwangerschaft abstarb und retiniert wurde.

In 2 Fällen wurde ein foetus maceratus bzw. papyraceus operativ entfernt.

In 8 Fällen wurden unreife und reif abgestorbene Foeten ebenfalls operativ entfernt.

In 17 Fällen wurden lebende extrauterine Kinder durch Laparotomie entwickelt; 4 von ihnen wiesen Mißbildungen auf. Kurz nach ihrer Geburt verstarben 5 Kinder. 12 der insgesamt 17 lebend geborenen extrauterinen Früchte überlebten länger. Der Tod eines weiteren war zur Zeit der Veröffentlichung seines Falles bereits bekannt, so daß nur 11 überlebende Kinder von 308 gleichzeitigen Extrauterin gravidität gewonnen wurden.

Weiterhin ist bemerkenswert, daß 10 mal gleichzeitig drei Schwangerschaften bestanden. Es fanden sich intrauterine Zwillinge mit einer extrauterinen Gravidität in 5 Fällen. Dreimal waren die Zwillinge ektopisch und die dritte Frucht befand sich im normalen Fruchthalter. In den verbleibenden zwei Fällen

enthielten die beiden Tuben und der Uterus je eine Fruchtanlage.

Zusammenfassend auf 280 Fälle, von denen der Ausgang der Schwangerschaft bekannt ist, erreichte die uterine Frucht die Reife oder einen höheren Reifegrad.

125 mal = 44,64 %, lebend geboren wurden sie 111 mal = 39,64 %. Viermal lebende Zwillinge nicht mitgerechnet. Mit ihnen wurden 115 lebende Kinder geboren.

Von den extrauterinen Früchten wurden auf 301 Fälle mit bekanntem Ausgang fast reif bzw. reif 25 = 8,30 %, lebend geboren nur 17 = 5,64 %.

Nur in 16 von 308 Fällen oder in 5,19 % wurde sowohl das intra- wie auch das extrauterine Kind lebend zur Welt gebracht. Von diesen 32 Kindern starben 12 – 5 extra- und 4 intrauterine – als Neugeborene sowie 1 bzw. 2 je Gruppe überlebten eine längere Zeit. Nur 7 Frauen von 308 (= 2,26 %) beendeten ihre gleichzeitige Intra- und Extrauterin gravidität mit je einem lebenden Kind, das auch am Leben blieb. Insgesamt wurden 117 – 106 intra- und 11 extrauterine – Kinder lebend geboren und auch lebend erhalten.

Ätiologie

Die aus den einzelnen Krankengeschichten gewonnenen Angaben sind oft sehr spärlich und reichen nicht aus, die Möglichkeiten für die Entstehung einer gleichzeitigen intra- und extrauterinen Gravidität sicher aufzuklären. Sie unterstreichen aber trotzdem die bereits eingangs theoretisch erörterten Punkte.

Nur in 13 Krankengeschichten findet sich eine früher durchgemachte oder chronische Erkrankung der inneren Genitalorgane. Nur 7 Patientinnen waren bereits wegen vorausgegangener Extrauterin gravidität operiert worden. Für diejenigen Forscher, die eine Prädisposition in krankhafter Beschaffenheit oder Anomalien (nur 1 Fall mit 3 Tuben) suchen, findet sich damit nur wenig beweisendes Material.

Auch die Hypothese, daß dieses Krankheitsbild vorwiegend in Familien mit Zwilling- oder Mehrlingsanamnesen gehäuft auftritt, wird nicht unterstützt. Außer den bereits erwähnten 9 Fällen, in denen die Mutter bereits früher eine Zwillingsschwangerschaft bestanden hatte, weisen nur 4 weitere anamnestisch in ihren Familien Gemini auf. Nur in einem einzigen Fall kommt zur persönlichen auch eine Familienanamnese hinzu.

Dagegen enthalten mehrere Operationsprotokolle einen Hinweis darauf, daß eine Überwanderung stattgefunden haben mußte. Es fand sich nämlich das Corpus luteum graviditatis 20 mal in dem der ektopischen Eieinbettung gegenüberliegenden Ovar. In einem Fall (Nr. 245) kam es nach Entfernung des rechten Eileiters und des linken Eierstockes bei der isochronen Intra- und Extrauterin gravidität zu einer neuen uterinen Schwangerschaft, für die das Ei die klassische Bedingung „Fehlen des Ovars auf der einen und der Tube auf der anderen Seite“ für die äußere abdominale Überwanderung beweisend erfüllen mußte. Desgleichen fand sich die geforderte Voraussetzung für eine innere Überwanderung (Gravidität im operativ verschlossenen Tubenstumpf der Gegenseite) im Falle von Naujoks (Nr. 78), dessen Patientin 4 Jahre vorher wegen einer Tubargravidität operiert worden war, wobei ein Tubenstumpf zurückgelassen wurde, der wieder Sitz einer ektopischen Schwangerschaft wurde. Der Verfasser selbst läßt die Frage offen, ob eine äußere oder innere Überwanderung stattgefunden habe, räumt aber gleichzeitig ein, daß bei einer Eieinwanderung von außen die Peritonealisierung nicht gehalten haben mußte.

Die neueren Erkenntnisse über den Eiabnahmemechanismus mit der aktiven Tätigkeit der Tuben und die eingehenden histologischen Untersuchungen ähnlicher Fälle, haben für die innere Überwanderung – wenn sie auch selten ist – den nicht leichten Beweis erbracht.

Eine exakte Angabe aus welchem Ovar die Ovula stammen, finden sich nur für 55 kasuistische Mitteilungen. Im einzelnen wurden die Corpora lutea graviditatis gefunden:

21 mal	nur 1 im rechten Ovarium,
17 mal	nur 1 im linken Ovarium,
3 mal	nur 2 im rechten Ovarium,
2 mal	nur 2 im linken Ovarium,
3 mal	nur 2 auf einer Seite,
	aber nicht angegeben wo,
9 mal	je 1 im rechten und linken Ovar.
	aber nicht angegeben wo,

Mit hoher Wahrscheinlichkeit ging den ersten 38 Gelbkörpern eine Ovulatio unifollicularis uniovarialis voraus. Für den Rest läßt sich der Einwand erheben, ob die Ovulatio bifollicularis biovarialis bzw. uniovarialis immer in der gleichen Ovulationsperiode stattfand, oder ob in verschiedenen. Eine Entgegnung hierauf entspricht der Antwort auf die Frage nach dem gleichzeitigen Beginn der beiden Schwangerschaften, d. h. ob in irgendeiner Form eine Superimpragnation vorliegt.

Für die Superfecundation läßt sich ein Nachweis nur schwer erbringen, da deutlich ausgeprägte Reife und Entwicklungsdifferenzen innerhalb einer Ovulationsperiode kaum ausgebildet werden. Bipaternität und Mehrverkehr scheiden, abgesehen von seltensten Einzelvorkommen, praktisch ebenfalls aus. Aus diesen Gründen ist es verständlich, daß die Überschwängerung in den einzelnen Veröffentlichungen kaum erwähnt wird.

Dagegen weisen auf die Überfruchtung mehrere Autoren hin und nehmen sie für ihre Mitteilungen in Anspruch (Fall 46, 47, 53 und 54, 115, 139 und 175). Offensichtliche Altersunterschiede, wie Spontangeburt und Extrauteringravidität mens II-III (im Fall 54) und kleinere, wie mens III-6 Wochen, sowie der mikroskopisch untersuchte Fall 53, der verschiedene Entwicklungsstadien der Corpora lutea graviditatis in den beiden Ovarien aufwies, scheint für die gelegentlich mögliche Superfetation zu sprechen. In nur 3 Fällen (Nr. 115, 188 und 246) wird exakt über die Fortdauer der Menstruation bei bestehender und bekannter Intrauteringravidität berichtet und davon auf eine spätere Konzeption nach zusätzlicher Ovulation bei eingetretener Schwangerschaft geschlossen. Auch die 6 Mitteilungen (Nr. 7, 225, 229, 236, 268 und 285) nach denen erst zwischen dem 11. und 50. Tage p. part. die Laparotomie wegen Extrauteringravidität durchgeführt wurde, beinhalten die Möglichkeit einer Superimpragnation.

So sichere Beweiskraft wie den eingangs erwähnten Fällen von Förderl und Haselhorst kann diesen allen nicht zuerkannt werden, da die systematischen vergleichenden Untersuchungen teils nicht durchgeführt werden konnten, teils nicht durchgeführt wurden. Ob „Fehlleistungen des innersekretorischen Systems“ (n. Dyroff) oder andere Ursachen für Superimpragnation eine Voraussetzung schaffen, bedarf weiterer Forschung, die bei dem geringen Untersuchungsmaterial und den Schwierigkeiten noch längere Zeit in Anspruch nehmen werden.

Diagnose

Wie schwierig die Differentialdiagnose einer isochronen Intra- und Extrauterin gravidität ist und welche Irrtümer dazu überwunden werden müssen, lassen auch die kurzen Angaben aus den kasuistischen Mitteilungen in der Tabelle noch leicht erkennen.

Im Einzelfall wurde die Gleichzeitigkeit der beiden nebeneinander bestehenden Schwangerschaften klar erkannt:

- In 13 Fällen fehlt jede Angabe.
- In 6 Fällen klärte erst die Autopsie den wahren Sachverhalt auf.
- In 8 Fällen fand sich erst im Operationspräparat die zweite Gravidität.
- In 7 Fällen wurde durch die histologische Untersuchung der ausgestoßenen „Decidua“ eine intrauterine Schwangerschaft entdeckt.
- In 20 Fällen fand sich nach der Entbindung die zweite Frucht als ektopisch gelagert.
- In 5 Fällen ließ die Geburt eines reifen bzw. überreifen Kindes nach zu kurzer Tragzeit erkennen, daß zur Zeit der Operation der extrauterinen Schwangerschaft bereits ebenfalls eine intrauterine Schwangerschaft bestanden hatte.
- In 50 Fällen förderte die kurz nach einem Abort durchgeführte Laparotomie eine ektopische Gravidität zu Tage.
- In 43 Fällen folgte der Laparotomie der Spontanabort.
- In 50 Fällen bestätigte erst die ungestörte Fortentwicklung der Intrauterin gravidität p. op. ihre Existenz.
- In 78 Fällen wurde bei der durchgeführten Laparotomie wegen der ektopischen Gravidität auf Grund der übermäßigen Uterushypertrophie eine gleichzeitige intrauterine Schwangerschaft festgestellt oder angenommen.
- In 1 Fall wurde durch Röntgenaufnahme das vorhandene Lithopädion a. op. diagnostiziert.
- In 27 Fällen wurde a. op. die richtige Diagnose vermutet und durch Hilfsmittel gesichert oder unter der Wahrscheinlichkeitsdiagnose „gleichzeitige Intra- und Extrauterin gravidität“ laparotomiert.

Die kleine Anzahl der präoperativ richtig angenommenen Diagnosen spiegelt die Schwierigkeiten klar wieder, die trotz erfreulicher Fortschritte in der Weiterentwicklung diagnostischer Hilfsmittel auch heute noch bestehen.

Ein Vergleich mit den v. Neugebauer'schen Ergebnissen bringt eine kleine Überraschung:

	Anzahl d. Fälle		Richtige Diagnose	Prozent
v. Neugebauer	1907	170	7	4,1 %
v. Neugebauer	1913	73 *	8	10,85 %
neue Kasuistik	1959	308	27	8,76 %

* = Fall 74 dieser Arbeit ist nur als Nachtrag angefügt.

Entgegen allen Fortschritten in der Diagnostik hat sich die Zahl der richtigen Diagnosen gegenüber der zweiten Arbeit von Fr. v. Neugebauer verschlechtert. Dies läßt sich am besten dadurch erklären, daß seine Arbeit aus dem Jahre 1907 die Aufmerksamkeit seiner Zeitgenossen auf dieses Problem gelenkt hatte, während in den letzten 45 Jahren außer gelegentlichen kasuistischen Mitteilungen keine größere deutsche Arbeit erschien.

Merkmale, die mit Sicherheit eine korrekte Diagnose stellen lassen, gibt es nicht, denn immer beherrscht eine der beiden Schwangerschaften das klinische Bild. Was der eine Beobachter als hilfreich erwähnt, wird im nächsten Fall widerlegt. Als Beispiel sei nur das Fehlen einer Genitalblutung genannt, das bei concomitanter Hypertrophie eine vermutete intrauterine Schwangerschaft bestätigen soll. In der Kasuistik finden sich zahlreiche Berichte, die eine unge störte Fortentwicklung trotz teilweise heftiger und langanhaltender Blutungen vermelden.

Laboratoriumsuntersuchungen, Douglaspunktion, Douglaskopie, Röntgen und Probeparatomie stellen zweifellos wertvolle diagnostische Hilfsmittel dar und veranschaulichen den erreichten Fortschritt. Über allen diesen Errungen- schaften aber steht die schlichte Forderung Fr. v. Neugebauers für die richtige Diagnose: „sich stets auch der Möglichkeit einer gleichzeitigen intra- und ex- trauterinen Schwangerschaft bewußt zu sein.“

Therapie Behandlung der Intrauterin gravidität

Operative Beendigung:

a)	davon durch	sectio caesarea	7
b)	davon durch	Zangenextraktion	1
c)	davon durch	Kranioklasie (Hydrocephalus)	1
d)	davon durch	innere Wendung mit anschließender Extraktion	1
e)	davon durch	Steißentbindung (davon 1 mit Austauschtransfusion)	2
f)	davon durch	Hysterektomie	4
g)	davon durch	supravaginale Hysterektomie	10
h)	davon durch	subtotale Hysterotomie	3
i)	davon durch	Cürettage zerstört	8
k)	davon durch	Interruptio (aus medizinischer Indikation und auf Wunsch)	7

In 120 Fällen erfuhr der sich einstellende Spontanabort seine Behandlung, auch wenn nur 57 mal eine Cürettage und 5 mal digitale Entfernung vermerkt ist. Nur 15 Patientinnen wurden wegen der vermuteten oder festgestellten Intrauterin gravidität vorsorglich zur Abortverhütung behandelt; trotzdem wa- ren 7 Aborte nicht zu verhindern, während die übrigen 8 Schwangerschaften erhalten werden konnten.

Behandlung der Extrauterin gravidität

Mit Ausnahme von 5 Fällen wurden alle Extrauterin graviditäten nach ihrer Feststellung operativ angegangen. Im einzelnen wurde ausgeführt:

eine Koltomie	1 mal
eine vaginale Entfernung	2 mal
eine Laparotomie ohne Angabe was entfernt wurde	60 mal
eine Laparotomie mit Entfernung der rechten Tube	56 mal
eine Laparotomie mit Entfernung der linken Tube	61 mal
eine Laparotomie mit Entfernung der rechten und linken Tube	6 mal
eine Laparotomie mit Entfernung der rechten Adnexe	39 mal

(unter Mitnahme der linken Tube in 3 Fällen)	
eine Laparotomie mit Entfernung der linken Adnexe	24 mal
(unter Mitnahme der rechten Tube in 3 Fällen)	
eine Laparotomie mit Entfernung der rechten und linken Adnexe	1 mal
eine Laparotomie mit Entfernung des rechten Ovars	2 mal
eine Laparotomie mit Entfernung des linken Ovars	5 mal
eine Laparotomie mit Entfernung der Tube (ohne Seitenangabe)	5 mal
eine Laparotomie mit Entfernung der Adnexe (ohne Seitenangabe)	4 mal
eine Laparotomie mit supravaginaler Hysterektomie	13 mal
(unter Mitnahme der linken Adnexe in 3 Fällen, der rechten Adnexe in 1 Fall, der rechten Tube in 3 Fällen und einer Tube in 1 Fall)	
eine Laparotomie mit subtotaler Hysterektomie	3 mal
(unter Mitnahme beider Adnexe und einer Tube in je einem Fall)	
eine Laparotomie mit Resektion des graviden Tubenanteils	7 mal
eine Laparotomie mit Entfernung der retinierten ektopischen Frucht	3 mal
eine Laparotomie in Sonderfällen, die in keiner der aufgeführten Gruppen untergebracht werden können	11 mal
(dabei verblieb die Plazenta 4 mal in situ, 7 mal wurde sie entfernt)	
eine canalisatio cavi abdominis a. m. Landau	1 mal

Der schönste Erfolg dieser konsequenten operativen Therapie kommt im End-
ergebnis für die Mutter zum Ausdruck durch das augenfällige Absinken der
Letalität, die

von 24,3 % bei Fr. v. Neugebauer 1913

über 20,7 % bzw. 14,4 % bei Gemmel und Murray 1931/33

auf 4,54 % bzw. 3,14 % in der neuesten Kasuistik fiel.

Weiterentwicklung der Operationstechnik, Fortschritt in der Behandlung vor
und nach der Operation haben daran ihren unbestrittenen Anteil. Trotzdem
läßt sich neben der vielfach bewährten Forderung, jede ektopische Gravidität
baldigst zu operieren, keine weitere allgemein gültige Regel zur Therapie auf-
stellen. Dies zeigt sich beispielsweise schon an dem Vorschlag bei den ein-
schlägigen Mitteilungen, im fortgeschrittenem Stadium auf die Entfernung der
Plazenta zu verzichten, da die Lösung außerordentlich schwierig und gefährlich
sei. Demgegenüber entfernte fast die Hälfte der Operateure die Nachgeburt
vollständig und ohne Schaden für die Mutter und weisen in ihrer Mitteilung
extra darauf hin, daß dies leicht und ohne Schwierigkeiten auszuführen war.
Ihre Belassung in situ hatte in einigen Fällen langwierigen postoperativen Ver-
lauf mit erheblichen Komplikationen zur Folge.

Zur Erhaltung der gleichzeitigen intrauterinen Schwangerschaft, wenn sie
bereits festgestellt war oder intra operationem zu erkennen ist, wird der ver-
antwortungsvolle Arzt alle Möglichkeiten, wie schonendstes Operieren, medi-
kamentöse Unterstützung zur Abortverhütung, nutzen.

Jeder Fall von gleichzeitiger Intra- und Extrauterin gravidität ist ein ganz
persönliches Ereignis und fordert in Diagnostik und Therapie je nach seinem
Erscheinungsbild eine individuelle Behandlung.

IV. Teil

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde die isochrone Intra- und Extrauteringravidität als eigenes Krankheitsbild herausgestellt und von der gleichzeitigen intrauterinen neben extrauterinen Schwangerschaft unterschieden und abgegrenzt.

Im ersten Teil wurde die Ätiologie, die Diagnose und die Therapie erörtert.

Im kasuistischen zweiten Teil wurden zwei neue, bisher noch nicht veröffentlichte Fälle aus der Staatlichen Hebammenschule, Entbindungsanstalt und Frauenklinik Bamberg mitgeteilt. Im ersten Fall wurde 7 Monate nach einer Operation wegen Extrauteringravidität ein lebend reifes Mädchen spontan geboren. Im zweiten Fall kam es 3 Tage p. op. zum Spontanabort der nicht erkannten intrauterinen Frucht.

Anschließend wurden in einer synoptischen Tabelle 308 kasuistische Mitteilungen aus der Weltliteratur seit 1913 gesammelt, wodurch sich die Gesamtzahl der veröffentlichten Fälle auf 554 erhöht.

Im dritten Teil werden die der Kasuistik von 308 Fällen zu entnehmenden theoretischen und klinischen Ergebnisse von Wichtigkeit erörtert. Besonders hervorzuheben sind daraus die erstmalig durch Zahlen belegte Wechselwirkung der beiden Graviditäten auf einander, das Absinken der mütterlichen Sterblichkeit auf 4,54 bzw. 3,14 % gegenüber 30,7 % der ersten Sammlung aus dem Jahre 1907 von Fr. v. Neugebauer, und die erfolgreiche Geburt von 106 intra- und 11 extrauterinen Kindern.

Dem allgemeinen Literaturverzeichnis folgt das der Kasuistik, unterteilt nach deutschen und fremdsprachigen Veröffentlichungen. Daran schließt sich noch eine Aufstellung von 50 Autoren, die ebenfalls kasuistische Beiträge zu diesem Thema geliefert haben sollen, deren Arbeiten aber im innerdeutschen und ausländischen Leihverkehr nicht zu erhalten waren. Es fanden sich auch keine Referate dieser Arbeiten, die man hätte verwerten können.



Zu Ende sei es mir gestattet, Herrn Obermedizinalrat Professor Dr. Werner **Lüttge**, für die lebenswürdige Überlassung des Themas und die gütige Übernahme des Referates ergebendst zu danken.

Desgleichen bedanke ich mich bei meinem akademischen Lehrer, Herrn Professor Dr. Rudolf **Dyroff**, für die Übernahme des Korreferates.

Herrn Oberarzt Dr. Andreas **Förtsch** spreche ich meinen herzlichsten Dank aus für die beratende Hilfe bei der Bearbeitung des Themas und die erste Durchsicht meiner Arbeit.

Allgemeines Literaturverzeichnis

- Dyroff R.
Föderl V.
Gemmell A. A.
Leith Murray
Haselhorst G.
- Haselhorst G.
Watzka M.
v. Khreninger-
Guggenberger J.
- v. Neugebauer Fr.
- v. Neugebauer Fr.
- Nevinny u. Stickel J.
Novak E.
Nürnberg L.
Vöge u. Schneehagen
Wintz H.
- Mshr. Geburtsh. 91: 287, 1932
Arch. Gynäk. 148: 653, 1932
J. Obstetr. Gynaec. Brit. Empire
40: 67, 1933
Die ektopische Schwangerschaft.
Seitz-Amreich, Biologie und Pathologie des Weibes.
Band IX - 2. Auflage
Urban und Schwarzenberg 1953.
Mshr. Geburtsh. Frauenkl.
Jhrg. 10: 578, 1950
Das Problem des Superfecundatio und Superfetatio, Lösungs-
versuche und Lösung. Forensische Blutgruppenbestimmung bei
Zwillingen; Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung Halle/Saale
1949.
Zur Lehre von der Zwillingsschwangerschaft mit heterotopen
Sitz der Früchte, das eine Ei in cavo uteri, das andere extrau-
terin gelagert. Verlag Dr. Werner Klinkhardt, Leipzig 1907.
Gynäk. Rdschr. Berlin, Jhrg. 7: 809, 1913
Gynäk. Rdschr. Berlin, Jhrg. 7: 849, 1913
Zbl. Gynäk. 76: 529, 1954
Surg. Gyn. Obstetr. Chicago 43: 26, 1926
Arch. Gynäk. 102: 40, 1914
Zbl. Gynäk. 64: 1912, 1940
Mshr. Geburtsh. 69: 303, 1925.

Literaturverzeichnis der Kasuistik

I. Teil

(deutschsprachige Veröffentlichungen)

- Bendiek H.
Benthin
Bergmann R.
Bogdanovics A.
Breiter L.
Buchaly F.
Carl B.
Eschbach W.
Everke
Fabian H.
Frankenstein
Fuhrmann L.
Grote
Gürtler W.
Herzfeld
Hoffmann H.
Hofmann R. St.
Hohlbein R.
Horchler A.
Huber H.
Iklé A.
Reiniger M.
Isbruch F.
Jung
Katz A.
Keller
Kepp
Lakatos
Lange J.
Marggraff G.
Matlin P.
- Marburg, Med. Diss. 1935
Zbl. Gynäk. 67: 1071, 1943
München, Med. Diss. 1927 (1928)
Zbl. Gynäk. 38: 807, 1914
Zbl. Gynäk. 59: 993, 1935
Münch. med. Wschr. 654, 1932
Jena, Med. Diss. 1935
Zbl. Gynäk. 71: 1117, 1949
Mshr. Geburtsh. Basel 39: 397, 1914
Kiel, Med. Diss. 1936
Mshr. Geburtsh. Basel 39: 397, 1914
Dtsch. Gesd. wes. 654, 1954
Zbl. Gynäk. 38: 663, 1914
Zbl. Gynäk. 70: 765, 1948
Zbl. Gynäk. 38: 407, 1914
Würzburg, Med. Diss. 1935 (1937)
Zbl. Gynäk. 51: 799, 1927
Dtsch. Gesd. wes. 722, 1954
Zbl. Gynäk. 68: 366, 1944
Zschr. Geburtsh. Stuttgart 117: 94, 1938
Gynaecologica 137: 17, 1954
Zbl. Gynäk. 65: 2034, 1941
Zbl. Gynäk. 38: 1401, 1914
Zbl. Gynäk. 59: 1054, 1935
Münch. med. Wschr. 61: 1914, 1914
Mshr. Geburtsh. Frauenhk. Jhrg. 19: 464, 1959
Wien. klin. Wschr. 575, 1958
Zbl. Gynäk. 39: 201, 1915
Zbl. Gynäk. 75: 786, 1953
Zürich Med. Diss. 1935

- Müller J.
 Naujoks
 Neumann H. O.
 Otto
 Podleschka K.
 Poock E.
 Presser
 Pimsar
 Präse W.
 Pütz T. K.
 Richter J.
 Rulle P. H.
 Schiche R.
 Schramm G.
 Schubert G.
 Sippel A.
 Stiglbauer R.
 Strakosch W.
 Turoft M.
 Unterberger F.
 Versé
 Wolff H.
- Berliner klin. Wschr. 50: 1132, 1913
 Arch. Gynäk. 142: 41, 1930
 Mschr. Geburtsh. Basel 104: 265, 1937
 Zbl. Gynäk. 54: 1833, 1930
 Arch. Gynäk. 157: 250, 1934
 Dtsch. Zschr. Chir. 234: 811, 1931
 Zbl. Gynäk. 61: 2079, 1937
 Gynäk. Rdsch. Berlin 8: 203, 1914
 Zbl. Gynäk. 38: 880, 1914
 Würzburg Med. Diss. 1927
 Zbl. Gynäk. 73: 1522, 1951
 Wien, klin. Wschr. 1004, 1941
 Zbl. Gynäk. 52: 1590, 1928
 Breslau Med. Diss. 1922
 Zbl. Gynäk. 74: 1984, 1952
 Zbl. Gynäk. 53: 2268, 1929
 Dtsch. med. Wschr. 48: 1202, 1922
 Wien klin. Wschr. Jhrg. 39: 656, 1926
 Landarzt Stuttgart, Jhrg. 34: 1207, 1958
 Zbl. Gynäk. 48: 187, 1924
 Dtsch. med. Wschr. 43: 1245, 1917
 Münch. med. Wschr. 438, 1929
 identisch m. Naujoks (siehe dort)
 Zbl. Gynäk. 71: 486, 1949

Literaturverzeichnis der Kasuistik

II. Teil

(fremdsprachige Veröffentlichungen)

- Acosta-Sison H.
 Adeodato Filho
 Agostinelle Ermete
 Aimes A.
 Alamanni Renato
 Alexander A. C.
 Angeli Aurelio
 de Araujo L.
 Arist I. D.
 Armitage G. L. u.
 Armitage H. V.
 Auvray M.
 Aymerich G.
 Barendrecht K. H. J.
 Basden M. M.
 Batisweiler J.
 Bell A. C.
 Belson M. O.
 Bercianos M.
 Bermann S. E.
 Bernard J. u.
 De George M.
 Bernstein A.
 Berry J. A.
 Bhonsale J. N.
 Boldt H. J.
 Bondurant F.
- Amer. J. Obstetr. Gynec. 54: 700, 1947**
 Rev. Gynec. Rio 26: 473, 1932
 Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 24: 153, 1933
 Riv. ostetr. Milano 21: 220, 1939
 Montpellier méd. 87: 130, 1944
 Clin. ostetr. Roma 31: 532, 1929
 Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 17: 289, 1930
 Amer. J. Obstetr. Gynec. 65: 452, 1953
 Riforma med. Napoli Jhrg. 40: 318, 1924
 Rev. gynec. Rio Jhrg. 19: 293, 1925
 Ref.: Novak: Surg. Gynec. Obstetr. Chicago 43: 26, 1926
 Vrac. delo, Charkov 19: 991, 1936
 Amer. J. Obstetr. Gynec. 69: 885, 1955
 Bull. Soc. obstétr. gynec. Paris Jhrg. 12: 278, 1923
 Bull. Soc. anat. Paris 93: 482, 1923
 Riv. ital. gynec. 3: 739, 1925
 Ned. tschr. geneesk. 70: 2797, 1926
 Brit. Med. J. 1: 528, 1935
 Orvosképzés, Budapest 24: 33, 1934
 Tóth-Sonderheft
 Proc. Roy. Soc. Med. London 30: 562, 1937
 Amer. J. Obstetr. Gynec. 53: 883, 1947
 Arch. urug. med. 9: 308, 1936
 Sem. méd. espan. Jhrg. 34: 1498, 1927
 Ref.: Ber. Gynäk. Berlin —: 159, 1927
 Arch. franc. pédiatr. 6: 54, 1949
 Amer. J. Surg. 47: 597, 1940
 Lancet, London 204: 1157, 1923
 J. Obstetr. Gynec. Ludhiana 16: 29, 1955
 Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 56: 199, 1955
 Amer. J. Obstetr. Gynec. 75: 65, 1917
 Ref.: Novak: Surg. Gyn. Obstetr. Chicago 43: 26, 1926
 Illinois Med. J. 71: 480, 1937
 Ref.: Vasicka u. Grable: Obstetr. gynec. Surv. 11: 603, 1956

- Borta G.
 Brackett E. S.
 Brandon W. H.
 Browne O'Donel
 Burke F. J.
 Casanelles R.
 Chapman J. D.
 Christensen A.
 Ciplijauskas J.
 Clarke, Fr. J.
 Claverie
 Clemetsen N.
 Colistro C. P.
 Costa R.
 Cotte G. u. Grangette
 Crimeni V.
 Csonka J.
 Curtis A. H.
 Dartigues
 Davydov G. L.
 Delestre M.
 Derby C. J. u.
 Miller R. C.
 De Voe R. W. u.
 Pratt J. H.
 Doi K.
 Doland E. J.
 Drumel G.
 Du Bose F. G.
 Duponchel
 Elkis H. B. u.
 Bowdle R. A.
 Elshove H. W.
 Ernerot J.
 Ezes H.
 Fejer E. A. u.
 Henry G. H.
 Fenger M.
 Figueroa Casas P.
 Fingova N.
 Finotti A.
 Fitzgerald G.
 Fornero A.
 Fournier R.
 Franchini A.
 Furniss J. N.
 Gelle P. u.
 Duthoit F.
 Gemmell A. A. u.
 Leith Murray
 Gérin Lajoie L.
 Gibson M. J.
 Clin. ostetr. Roma 31: 237, 1928
 Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 16: 406, 1929
 Providence Med. J. 14: 120, 1913
 Ref.: Stein: Amer. J. Obstetr. Gynec. 15: 159, 1928
 Memphis Med. J. 4: 139, 1927
 Ref.: Sloat u. Peterson: Amer. J. Surg. 41: 293, 1938
 J. Obstetr. Gynaec. Brit. Empire 47: 673, 1940
 J. Obstetr. Gynaec. Brit. Empire 58: 485, 1951
 An. Hosp. S. Cruz. Barcelona 8: 277, 1934
 J. internat. Coll. Surgeons Chicago 27: 194, 1957
 Uskr. Laeger, Khvn. 111: 465, 1949
 Medicina Kaunas 16: 506, 1935
 Amer. J. Obstetr. Gynec. 37: 332, 1939
 Normandie méd. 29: 198, 1913
 Ref.: Novak: Surg. Gyn. Obstetr. Chicago 43: 26, 1926
 Nord. med. 37: 403, 1948
 Rev. med. Uruguay 25: 476, 1922
 Ref.: Novak: Surg. Gyn. Obstetr. Chicago 43: 26, 1926
 Spitalul Bucuresti 51: 451, 1931
 Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 22: 208, 1932
 Lyon chir. 28: 206, 1930
 Riv. ostetr. Firenze 13: 444, 1931
 Ref.: Sloat u. Peterson: Amer. J. Surg. 41: 293, 1938
 Orv. Lapja, Budapest 38: 1218, 1948
 Surg. Gyn. Obstetr. Chicago 27: 232, 1918
 Ref.: Novak: Surg. Gyn. Obstetr. Chicago 43: 26, 1926
 Bull. Soc. méd. Paris. —: 260, 1932
 Sovet. vrac. z. 42: 141, 1938
 Bull. Fedérat. Soc. gynéc. obstétr. 7: —, 1955
 Sitzung d. Gyn. Gesellsch. v. Nancy
 Ohio Med. J. 47: 433, 1951
 Amer. J. Obstetr. Gynec. 56: 1119, 1948
 Proc. staff meetings Mayo Clinic 23: 166, 1948
 Mitt. Jap. Ges. Gynäk. 32: 14, 1937
 J. Amer. Med. Ass. 110: 1438, 1938
 Ann. Soc. belge med. trop. 30: 109, 1950
 South. Med. J. Birmingham 8: 784, 1915
 Ref.: Novak: Surg. Gyn. Obstetr. Chicago 43: 26, 1926
 Bull. Soc. anat. Paris Jhrg. 93: 48, 1923
 Amer. J. Surg. 49: 116, 1940
 Ned. tschr. verlosk. 47. 70, 1947
 Svenska Läkartidn. 44: 1446, 1947
 Gynéc. obstétr. Paris 46: 140, 1947
 J. Obstetr. Gynaec. Brit. Empire 56: 240, 1949
 Uskr. Laeger, Khvn. 1162, 1919
 Ref.: Med. Klin. 15: 1237, 1919
 Bol. Soc. cir. Rosario 5: 161, 1938
 Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 38: 61, 1939
 Thèse de Nancy 1913, Nr. 1020
 Riv. ital. ginec. 40: 38 1957
 Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 62: 151, 1957
 J. Obstetr. Gynaec. Brit. Empire 32: 851, 1925
 Monit. ostetr. ginec. Modena 1: 116, 1929
 Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 17: 496, 1930
 Bull. Soc. obstétr. gynéc. Paris 22: 692, 1932
 Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 26: 41, 1934
 Rass. ostetr. Napoli 40: 787, 1931
 Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 21: 868, 1932
 Surg. Gyn. Obstetr. Chicago 43: 37, 1926
 Bull. Fedérat. Soc. gynéc. obstétr. 4: 97, 1952
 J. Obstetr. Gynaec. Brit. Empire 40: 67, 1933
 Union méd. Canada 68: 384, 1939
 J. Obstetr. Gynaec. Brit. Empire 25: 297, 1914

- Gilliam Earl M.
Gilliland J.
Giordano José J.
- Girschow
- Gruenewald L.
Guibal u. Louyot J.
Guilleminet
Hare R. B.
Hayward J. D.
- Helfand N.
Hermanns A. G. J.
Herring J. u. Lesslie A.
Hertig A.
Heymann J.
Horno Liria R.
Howard G. T.
Järvinen P. A.
Jelének I.
- Jerlov E.
Job P.
- Joseph P. S.
Judelmann H.
Kazmann H. A. u.
Barnett L. A.
Keyes John M.
Kilkenny G. S.
Gutglass M. F.
Collins E. G.
King S. J.
Konuches M. od. Komiches
- Kouwer B. J.
Kovács László u.
Bálint György
Labry R. u. Neumann E.
Lafferty H. D.
Lawrence H. E. u.
Elsemore D. E.
Lawson J. G. u.
Chouler F. J. G.
Leech R. B.
Leff B. u. Meranze D. R.
Lefrancois Ch.
Lenczowski Z.
- Lévy G.
Limbacher R.
Loxton A. J.
Ludwig D. B.
Lukins J. B.
od. Leukins
Lähteenmäki S.
Macfarlane W. D.
Mc Callum O. D. u.
Harkrader C. J.
Marjin S.
- Marten M. E. u.
Meyer L. M.
Massiah H. G.
Mathieu A.
Mathieu C.
- Surg. Gyn. Obstetr. Chicago 44: 414, 1927
S. Afr. Med. J. 23: 558, 1949
Sem. med. espan. 2: 1816, 1936
Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 34: 353, 1937
Journal akusch shenski holpezni 1909
Ref.: Fingova: Thèse de Nancy 1913, Nr. 1020
Amer. J. Obstetr. Gynec. 53: 341, 1947
Bull. Soc. obstétr. gynéc. Paris 25: 785, 1936
Lyon méd. 136: 605, 1925
Canad. Med. Ass. J. 43: 470, 1940
J. Missouri Med. Ass. 31: 315, 1934
Ref.: Mathieu A.: Amer. J. Obstetr. Gynec. 37: 297, 1939
Ginek. i. akus. Moskva 10: 219, 1931
Ned. tschr. geneesk. 70: 2097, 1926
Brit. Med. J. 2: 417, 1940
Amer. J. Obstetr. Gynec. 62: 926, 1951
Hygiea Stockholm 77: 529, 1915
Med. espan. 8: 656, 1942
South. Med. J. Birmingham 38: 788, 1945
Nord. med. 49: 174, 1953
Orv. hetil. Budapest 94: 946, 1954
Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 51: 294, 1954
Svenska Läkartidn. 43: 1604, 1946
Riforma med. Napoli, Heft 2, 1930
Ref.: Zbl. Gynäk. 55: 3223, 1931
J. Amer. Med. Ass. 114: 181, 1940
S. Afr. Med. J. 30: 663, 1956
Surgery S. Louis 33: 391, 1952
- N. Y. Med. J. 118: 611, 1923
Obstetr. a. Gynecol. 3: 30, 1954
Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 52: 333, 1954
- N. England J. Med. 229: 965, 1943
Z. akus. Leningrad 38: 594, 1927
Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 15: 608, 1929
Ned. tschr. verlosk. 26: 310, 1918
Magy. nőorv. lap. 19: 184, 1956
- Bull. Federat. Soc. gynéc. obstétr. 6: 71, 1954
Amer. J. Obstetr. Gynec. 26: 112, 1933
Amer. J. Obstetr. Gynec. 48: 709, 1944
- J. Obstetr. Gynaec. Brit. Empire 62: 951, 1955
- Brit. Med. J. 2: 805, 1941
Amer. J. Obstetr. Gynec. 39: 712, 1940
Union méd. Canada 65: 542, 1936
Ginek. polska 13: 369, 1934
Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 28: 250, 1935
Bull. Soc. obstétr. gynéc. Paris 24: 184, 1935
Orv. hetil. Budapest 33: 44, 1916
S. Afr. Med. J. 27: 661, 1953
Amer. J. Obstetr. Gynec. 39: 341, 1940
Internat. J. Surg. N. Y. 34: 306, 1921
Ref.: Jber. Gynäk. 35: 412, 1921
Duodecim Helsinki 56: 18, 1940
Glasgow Med. J. 84: 109, 1915
Amer. J. Obstetr. Gynec. 57: 398, 1949
- Akus ginek. Moskva 7: 875, 1936
Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 33: 136, 1937
Amer. J. Obstetr. Gynec. 36: 1071, 1938
- Brit. Med. J. 2: 207, 1934
Amer. J. Obstetr. Gynec. 37: 297, 1939
Bull. Ass. gynéc. obstétr. Paris 2: 326, 1950

- Matthews A. A.
Maury J. M.
Michaelis J. P.
Michel G. u.
Vermelin H.
Miller H. P.
Milnor G. C. u.
Bowles H. E.
Mittra S.
Modiano M. A.
de Moraes Leme J.
Morrison-Lacombe A.
u. Mouchott J.
Morse W. E.
Moudry J. u. Tachezy R.
Mulla N. u. Johns W. C.
Muller W. D.
Nandi Gorachand
Nash W. G.
Nielsen N.
Nijhoff G. C.
N. L. L.
Novak E.
Nowak A.
Oastler F. R.
de Oliveira R. M.
Otdel'now I.
Page u. Ferey
Panduro H.
di Paola G. u.
Ferro E. V.
Parker
Parker E. C.
Paroli G.
Perdu Chr.
Powell C. u.
Gottschalk R. H.
Rabago J.
Raggi A. J.
Rainey E. H. u.
Shera A. G.
Rannels H. W.
Rechnagel K.
Reeb M.
Reeves Clyde P. u.
Savaresse M. F. R.
Rommelts R.
Revoltella G.
Rolston C. M.
Rosenthal A. M.
Rossi Domenico
Sabel u. Meyer
Schaefer G.
Schürger S.
Schwartz A.
Med. Sentinel, Portland 32: 153, 1924
Ref.: Novak: Surg. Gyn. Obstetr. Chicago 43: 26, 1926
Surg. Gyn. Obstetr. Chicago 40: 642, 1925
Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 8: 906, 1925
Amer. J. Obstetr. Gynec. 57: 717, 1949
Bull. Soc. obstétr. gynéc. Paris Jhrg. 14: 611, 1925
J. Amer. Med. Ass. 91: 1893, 1928
Amer. J. Obstetr. Gynec. 40: 511, 1940
J. Obstetr. Gynaec. Brit. Empire 47: 206, 1940
Bull. Soc. obstétr. gynéc. Paris 20: 228, 1931
An. paul. med. cir. S. Paulo 48: 121, 1944
Rev. fr. gynéc. 45: 22, 1950
Amer. J. Obstetr. Gynec. 38: 350, 1939
Csl. gynaek. 3: 130, 1938
Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 38: 547, 1939
Obstetr. a. Gynecol. 11: 336, 1958
Ned. tschr. geneesk. 102: 631, 1958
J. Obstetr. Gynaec. Brit. Empire 60: 114, 1953
Lancet, London 207: 494, 1924
Acta obstetr. gynec. Scand. 25: 241, 1945
Ned. tschr. geneesk. Jhrg. 64: 1795, 1920
J. Amer. Med. Ass. 60: 1480, 1913
Surg. Gyn. Obstetr. Chicago 43: 26, 1926
Akus ginek. Moskva 5: 630, 1936
Amer. J. Surg. 5: 358, 1928
An. clin. Ginec. S. Paulo 4: 53, 1951
Akus ginek. Moskva 5: 629, 1936
Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 32: 705, 1936
Gynécologie, Paris, Jhrg. 24: 531, 1925
Ref.: Novak: Surg. Gyn. Obstetr. Chicago 43: 26, 1926
Uskr. Laeger Khvn. 109: 226, 1947
Prensa méd. argent. 40: 143, 1953
persönliche Mitteilung an Vasicka
Ref.: Vasicka u. Grable: Obstetr. gynec. Surv. 11: 603, 1956
N. Orleans Med. J. 82: 89, 1929
Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 16: 776, 1929
Rass. ostetr. Napoli Jhrg. 32: 1, 1923
Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 1: 223, 1923
Bull. Soc. obstétr. gynéc. Paris 20: 599, 1931
Amer. J. Obstetr. Gynec. 54: 132, 1947
Gac. med. México 74: 155, 1944
(Cir. y ciruian México 12: 27, 1944)
Ref.: Vasicka u. Grable: Obstetr. gynec. Surv. 11: 603, 1956
N. Y. State J. Med. 27: 658, 1927
Brit. Med. J. 1: 610, 1937
Obstetr. a. Gynecol. 2: 281, 1953
Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 52: 222, 1954
Uskr. Laeger Khvn. 118: 166, 1956
Bull. Soc. obstétr. gynéc. Paris 3: 217, 1924
Obstetr. a. Gynecol. 4: 492, 1956
Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 55: 211, 1955
Med. Diss. Amsterdam 1923, Seite 22
Clin. ostetr. Roma 34: 501, 1932
Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 23: 225, 1933
Brit. Med. J. 2: 323, 1921
Amer. J. Obstetr. Gynec. 38: 1080, 1939
Clin. ostetr. Roma 54: 297, 1952
Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 49: 175, 1953
Med. J. Rec. N. Y. 129: 512, 1929
Surg. Clin. N. America 27: 467, 1947
Orv. hétil. Budapest 80: 148, 1936
Paris méd. 59: 297, 1926

- Shoji T.
Sickenberger P.
Sloat J. I. u.
Petersen L. T.
Smith L.
Sprague J. R. u.
Sprague E. A.
Steadmann H. E.
Stein A.
Stropeni L.
Studdiford E. W.
u. Speek G.
Sugasti J. A.
Sullivan E. A.
Sunde A.
Tandberg O.
Tardy R.
Taubmann
Theron R.
Thorek P.
Moses J.
Wong J.
Thulin E.
Tomasi Luigi
van Tongeren F. C.
Umaskaja R.
Vasicka A. J. u.
Grable E. E.
Vellay P.
Viviano J. G.
Weintraub S. A.
Weis u. Sencert
White Cl.
Wiener W. B. u.
Carpenter W. N.
Wilson J. St. G.
Winer E. A.
Bergmann W. D.
Fields Ch.
Wojtasik R.
Wolff K.
Zarou S. G. u. Sy A.
J. Med. Ass. Formosa 32: 4, 1933
Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 27: 140, 1934
Amer. J. Obstetr. Gynec. 64: 675, 1952
Amer. J. Surg. 41: 293, 1938
South. Med. J. Birmingham 26: 823, 1933
J. internat. Coll. Surgeons Chicago 16: 765, 1951
Obstetr. a. Gynecol. 2: 277, 1953
Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 52: 222, 1954
Amer. J. Obstetr. Gynec. 15: 159, 1928
Ann. ostetr. gynec. Milano 43: 837, 1921
Ref.: Jber. Gynäk. 35: 412, 1921
Amer. J. Obstetr. Gynec. 47: 118, 1944
Bol. Soc. cir. Rosario 5: 168, 1938
Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 38: 60, 1939
J. Amer. Med. Ass. 68: 843, 1917
Ref.: Novak: Surg. Gyn. Obstetr. Chicago 43: 26, 1926
Norsk. Mag. Lægevidensk. 90: 1172, 1929
Norsk. Mag. Lægevidensk. 76: 317, 1915
Compt. rend. Soc. fr. gynec. 21: 143, 1951
Bull. Soc. méd. Paris —: —, 1923
Sitzung vom 28. 2. 1923
Ref.: Auvray M.: Bull. Soc. obstétr. gynec. Jhrg. 12: 278, 1923
S. Afr. Med. J. 24: 69, 1950
Ref.: Iklé u. Reininger, Gynaecologica 137: 17, 1954
Amer. J. Surg. 79: 512, 1950
Hygiea Stockholm 91: 1, 1929
Clin. ostetr. Roma 36: 295, 1934
Ref.: Sloat u. Peterson: Amer. J. Surg. 41: 293, 1938
Ned. tschr. verlosk. 38: 132, 1935
Acta gynaec. Moskva Jhrg. 1: 121, 1930
Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 20: 402, 1931
Obstetr. gynec. Surv. 11: 603, 1956
Compt. rend. Soc. fr. gynec. 21: 144, 1951
Amer. J. Obstetr. Gynec. 72: 191, 1956
Amer. J. Obstetr. Gynec. 21: 735, 1931
Bull. Soc. obstétr. gynec. Paris 2: 648, 1913
identisch m. Fingova N. (siehe dort)
J. Obstetr. Gynaec. Brit. Empire 39: 463, 1932
South. Med. J. Birmingham 43: 168, 1950
J. Obstetr. Gynaec. Brit. Empire 39: 993, 1932
Amer. J. Obstetr. Gynec. 74: 170, 1958
Polski tygodn. lek. 11: 411, 1956
Magyar Nőgyógy 1: 149, 1932
Ref.: Ber. Gynäk. Berlin 25: 70, 1934
Amer. J. Obstetr. Gynec. 64: 1338, 1952

Literaturverzeichnis der Kasuistik

III. Teil

(Verzeichnis der Veröffentlichungen, die ebenfalls Fälle von gleichzeitiger intra- und extrauterine Gravidität behandeln sollen, von denen weder der Original-Aufsatz noch ein Referat in einer deutschen Universitäts-Bibliothek zu erhalten waren).

- Althabe A.
Lemos Ibanez A.
Rev. méd. quir. pat. fem. B. Aires 230

- Anwandter Kl.
Rodriguez Rogelio
Bello S.
Buss u.
Benjamin Chrobak
Caballero A.
Sordelli J.
Tamborini R.
Collier M. A.
Cotte
- Croisier M.
Culbertson J. A.
Afflerbaugh J. K.
Welch E. H.
Daleas P.
Duncan H. A.
Freire M. A.
Gabastou J.
Heffernan F. J.
Faxon H. H.
Iarca M.
Kats A. G.
Kohn E.
Burchard M. A.
Jabre E.
Kasansky P. P.
Lajos
Lawes F. A.
Lee G. Q.
Levitianos M.
Mc Duffee T. M.
Opocher M.
Palmieri G.
Pasquini Lopez C.
Peralto Ramos A. Jr.
Wernicke G. R.
Peroni P.
Pozzo J. J.
Raimat M. F.
Rocha-Maia J.
Seletzki M. S.
Salvini A.
di Trapani F.
Thompson G. E.
Fleming J. M.
Ulrich
Varas O.
Zoltán-Frankel
- Ferner erwähnt
Agostinelli E.
- Rulle P. H.
- Bol. Soc. chilena obstetr. ginec. 8: 258, 1943
Rev. med. Canarias 4: 159, 1932
S. Afr. Med. J. 24: 664, 1950
Rev. Asoc. méd. argent. 60: 823, 1946
J. Florida Med. Ass. 33: 446, 1947
Lyon chir. 1934
Sitzung vom 14. 12. 1933
Bull. Soc. chir. Paris —: 800, 1927
West. J. Surg. Portland 57: 474, 1949
Bull. Soc. méd. chir. Indochine 13: 438, 1935
Amer. J. Obstetr. Gynec. 17: 878, 1929
Prensa med. argent. 27: 574, 1940
Bol. Soc. obstetr. ginec. B. Aires 3: 5, 1924
N. England J. Med. 213: 120, 1935
N. England J. Med. 213: 401, 1935
Rev. chir. Bukaresti 1: 36, 1913
Vrac. delo Charkov 19: 625, 1936
J. Christ. Med. Ass. India 20: 193, 1945
Ann. Fac. franc. méd. Beyrouth 8: 238, 1939
Z. akus. Leningrad 39: 904, 1928
Magy. nőorv. lap. —: 116, 1944
Med. J. Australia 1: 518, 1941
West. J. Surg. Portland 58: 130, 1950
Medicina Kaunas 22: 417, 1941
J. Florida Med. Ass. 15: 255, 1928
Monit. ostetr. ginec. Modena 22: 101, 1951
Monit. ostetr. ginec. Modena 21: 317, 1950
Sem. méd. B. Aires 22: 249, 1931
Bol. Soc. obstetr. ginec. B. Aires 21: 226, 1942
Arch. Soc. ital. chir. 42: 710, 1936
Arch. de la Asoc. Med. del. Hospital Pirovano 17: 167, 1937
Rev. espan. obstetr. Valladolid 8: 349, 1916
Rev. Gynec. Rio 26: 476, 1932
Vestn. chir. 36: 78, 1934
Riv. ostetr. Milano 1: 186, 1946
Clin. ostetr. Roma 30: 197, 1928
J. S. Carolina Med. Ass. 43: 355, 1947
N. Zealand Med. J. 45: 49, 1946
Bol. Soc. chilena obstetr. ginec. 18: 26, 1953
Nőgyógyászati mütettan —: 154, 1949
folgende 8 Autoren:
Chinni 1916
D'Eredia 1917
Schickel 1923
Chalderini 1924
Mathiew 1925
Kouchtaloff 1927
Hersch 1931
Zacutti 1931
die mit Sicherheit mindestens je einen Fall beschrieben haben
ohne Literaturangabe.
nennt ebenfalls zwei Fälle:
Goldberg
von Kliparski
ohne Literaturzitat.

Lebenslauf.

Am 13. November 1931 wurde ich, Georg Richard Leyrer, als Sohn des Posthauptsekretärs Joseph Leyrer und seiner Ehefrau Barbara, geborene Teichtweier, zu Bamberg geboren. Hier besuchte ich auch die Volksschule und dann das humanistische Neue Gymnasium, an dem ich im Juli 1953 absolvierte. Im Wintersemester 1953/54 begann ich mein medizinisches Studium an der Universität Erlangen. Die ärztliche Vorprüfung legte ich im Sommersemester 1956 ab und setzte mein klinisches Studium bis zum Staatsexamen in Erlangen fort, das ich am 19. Dezember 1959 erfolgreich beendete.

